



х р е с т о м а т и я

В. М. Астапов, Ю. В. Микадзе

ПСИХОЛОГИЯ ДЕТЕЙ

С НАРУШЕНИЯМИ И ОТКЛОНЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

2-е издание



**Москва · Санкт-Петербург · Нижний Новгород · Воронеж
Ростов-на-Дону · Екатеринбург · Самара · Новосибирск
Киев · Харьков · Минск**

2008

ББК 88.8я7
УДК 159.922.7(075)
А91

Астапов В. М., Микадзе Ю. В.

А91 Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития: Хрестоматия. 2-е. изд. — СПб.: Питер, 2008. — 384 с.: ил. — (Серия «Хрестоматия»).

ISBN 978-5-91180-783-2

В учебном пособии представлены теоретические, экспериментальные и прикладные исследования отечественных специалистов в области дефектологии, клинической психологии, детской неврологии и психиатрии, раскрывающие проблему нарушений и отклонений в психическом развитии детей. В него вошли работы, посвященные общим вопросам данной проблематики, а также связанные с классификацией и описанием различных форм и видов нарушений и отклонений в психическом развитии. Пособие адресовано дефектологам, клиническим, школьным, детским психологам, педагогам, а также студентам, обучающимся по психолого-педагогическим специальностям.

ББК 88.8я7
УДК 159.922.7(075)

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 978-5-91180-783-2

© ООО «Питер Пресс», 2008

СОДЕРЖАНИЕ

От составителей	5
I. Проблема нарушений и отклонений психического развития детей	9
<i>Л. С. Выготский.</i> Основные проблемы современной дефектологии	10
<i>А. Р. Лурия.</i> Дефектология и психология	47
<i>Т. Я. Сафонова, А. Д. Фролова.</i> Охрана здоровья детей	55
<i>Л. О. Бадалян.</i> Развивающийся мозг	63
<i>И. А. Скворцов.</i> Детские болезни растущего мозга	74
<i>А. И. Захаров.</i> Своеобразие психического развития детей	93
<i>В. В. Лебединский.</i> Общие закономерности психического дизонтогенеза	129
<i>Н. Г. Лусканова, И. А. Коробейников.</i> Диагностические аспекты проблемы школьной дезадаптации у детей младшего школьного возраста	149
<i>Е. М. Мастюкова.</i> Виды и причины отклонений в развитии у детей	166
II. Формы и виды нарушений и отклонений психического развития	195
<i>Г. Е. Сухарева.</i> Стойкие психические нарушения в отдаленном периоде органических поражений головного мозга	196
<i>А. И. Захаров.</i> Классификация нервных нарушений у детей, их проявления и распространенность	208
<i>Е. М. Мастюкова.</i> Особенности личности учащихся с церебральным параличом	223
<i>Е. М. Мастюкова.</i> Основы психоневрологического понимания общего недоразвития речи	237

<i>В. В. Лебединский.</i> Классификация психического дизонтогенеза	251
<i>М. С. Певзнер.</i> Клиническая характеристика детей с нарушением темпа развития	258
<i>В. И. Гарбузов.</i> Психический инфантилизм	271
<i>И. А. Юркова.</i> О некоторых клинических особенностях психического инфантилизма	287
<i>И. П. Брызгунов.</i> Ваш ребенок сверхподвижен	293
<i>А. Е. Личко.</i> Акцентуации характера как преморбидный тип	303
<i>В. П. Кащенко.</i> Недостатки характера у детей и подростков	334
<i>Д. Н. Исаев.</i> Предупреждение реакций дезадаптации (кризисных состояний)	354
<i>В. В. Ковалев.</i> К клинической дифференциации психогенно обусловленной патологии поведения у детей и подростков в связи со школьной дезадаптацией	371
<i>Е. С. Иванов.</i> Астения как одна из причин неуспеваемости детей в школе	376

ОТ СОСТАВИТЕЛЕЙ

Эта книга является первой из двух частей хрестоматии по проблемам нарушений и отклонений в психическом развитии детей. В первую книгу вошли работы, посвященные общим вопросам, касающимся этой проблемы, а также работы, связанные с классификацией и описанием различных форм и видов нарушения и отклонений в психическом развитии. Во второй книге рассматриваются вопросы диагностики, профилактики, обучения и коррекции, воспитания детей с проблемами психического развития.

Предлагаемая хрестоматия является дополненным переизданием ранее выходивших книг: «Хрестоматия. Дети с нарушениями развития: Учебное пособие для студентов и слушателей спецфакультетов» / Сост. В. М. Астапов (М.: Международная педагогическая академия, 1995) и «Хрестоматия. Обучение и воспитание детей “группы риска”: Учебное пособие для педагогов классов коррекционно-развивающего обучения» / Сост. В. М. Астапов, Ю. В. Микадзе (М.: Институт практической психологии, 1996).

В хрестоматии собраны работы по проблеме нарушенного психического развития детей, а также исследования, посвященные проблемам отклонений в развитии детей «группы риска».

Хрестоматия может использоваться как учебное пособие для слушателей специальных факультетов по переподготовке работников образования по направлению «Психология», а также для самостоятельной работы клинических психологов, детских психологов, дефектологов и социальных педагогов, педагогов классов коррекционно-развивающего обучения.

В хрестоматию вошли теоретические, экспериментальные и прикладные исследования отечественных авторов в области дефектологии, детской психиатрии, нейро- и патопсихологии. Тексты представляют собой отрывки и извлечения как из отдельных статей, так и из монографий, сборников, учебных пособий и научно-популярной литературы, адресованной ро-

дителям и педагогам, сталкивающимся с проблемой отклонений развития у детей.

Принцип отбора материала заключался в выборе текстов, отвечающих соответствующим разделам курсов, читаемых в Московском институте повышения квалификации работников образования, на отделениях факультета по переподготовке педагогических кадров по специальности «Практическая психология», «Дефектология». При этом особое внимание обращалось на две группы вопросов, с которыми могут столкнуться на практике педагоги и психологи: первая — проблемы детей с нарушенным психическим развитием и вторая — проблемы детей с отклонениями в развитии, детей «группы риска».

Это позволило, с одной стороны, отобрать работы, связанные с выявлением механизмов и причин существующих нарушений развития у детей и определяющие круг задач, которые решает детский психолог и дефектолог при работе с аномальными детьми:

- выделяет и систематизирует патологическую систематику и дает психологическую квалификацию;
- проводит структурный анализ расстройств, выявляет первичные симптомы, связанные с болезнью, и вторичные, обусловленные нарушенным развитием в условиях болезни;
- разрабатывает программу коррекционных мероприятий, дифференцированную в зависимости от характера, природы и механизма образования нарушений и направленную на их предупреждение, снятие или ослабление;
- проводит восстановительное обучение детей с нарушением высших психических функций, имеющих место при локальных поражениях мозга. В связи с этим в хрестоматии представлены работы, освещающие теоретическую и экспериментальную стороны различных вариантов дизонтогенеза, и, кроме того, предусмотрен специальный раздел, включающий материалы, дающие возможность их непосредственного практического использования в диагностико-коррекционной работе.

С другой стороны, в последнее время значительно возросла актуальность проблемы психического здоровья детей. Рост

нервно-психических и соматических заболеваний, а также различных функциональных расстройств коррелирует с общим снижением успеваемости, особенно на начальных этапах обучения.

Одной из попыток повлиять на складывающуюся ситуацию в школьном образовании явилось создание классов коррекционно-развивающего обучения. Целью организации таких классов было стремление создать для детей, испытывающих затруднения в усвоении общеобразовательных программ, таких условий обучения и воспитания, которые были бы адекватны особенностям их развития и позволяли бы предупредить дезадаптацию в условиях образовательного учреждения.

Однако работники образования сталкиваются при работе в классах коррекционно-развивающего обучения с рядом проблем. Во-первых, это вопросы комплектования (отбор детей с отклонениями в развитии, не имеющих резко выраженной клинико-патологической характеристики, т. е. детей, входящих в «группу риска») и, во-вторых, это вопросы подготовки педагогов для работы с этой категорией детей.

Отсутствие у педагогов учебно-воспитательных учреждений необходимых медико-психологических знаний не позволяет им правильно проводить индивидуальную работу с ребенком «группы риска», ибо каждая форма отклонений имеет свои особенности и по-разному проявляется в поведении.

К сожалению, ситуация усугубляется еще и отсутствием целенаправленной специальной психолого-педагогической литературы, к которой мог бы обратиться педагог. Составители предприняли попытку собрать в учебном пособии материал по проблемам отклонения в развитии детей «группы риска», который может оказаться полезным для педагогов, работающих с этой категорией детей.

Хрестоматия не ставит своей целью со всей полнотой представить все существующие разработки отечественных авторов. Вместе с тем в пособии представлен комплекс текстов, освещающих наиболее часто встречающиеся проблемы в деятельности дефектолога, психолога, причем в объеме, позволяющем эти проблемы изучить.

В первой книге представлены отрывки из работ классиков отечественной психологии — Л. С. Выготского, А. Р. Лурия, а также ведущих специалистов в области дефектологии, детской психиатрии и медицинской психологии: Л. О. Бадаляна, И. П. Брызгунова, В. И. Гарбузова, А. И. Захарова, Д. Н. Исаева, Е. С. Иванова, В. П. Кащенко, В. В. Ковалева, И. А. Коробейникова, В. В. Лебединского, А. Е. Личко, Н. Г. Лускановой, Е. М. Мастюковой, М. С. Певзнер, Г. Е. Сухаревой, А. И. Юрковой и др.

То обстоятельство, что разделы хрестоматии представлены с различной полнотой, связано, с одной стороны, со степенью изученности рассматриваемых вопросов, и возможностями их практического применения в будущей профессиональной деятельности — с другой.

Изучение включенных в пособие текстов позволит читателю углубить и расширить свои представления о психофизиологических и психологических механизмах аномального и отклоняющегося психического развития детей, понять закономерности системогенеза психических функций, по-новому взглянуть на особенности их воспитания и обучения.

*В. М. Астапов,
Ю. В. Микадзе*

Проблема нарушений и отклонений психического развития детей

- Основные проблемы современной дефектологии
- Дефектология и психология
- Охрана здоровья детей
- Развивающийся мозг
- Детские болезни растущего мозга
- Своеобразие психического развития детей
- Общие закономерности психического дизонтогенеза
- Диагностические аспекты проблемы школьной дезадаптации у детей младшего школьного возраста
- Виды и причины отклонений в развитии у детей

Л. С. ВЫГОТСКИЙ

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ДЕФЕКТОЛОГИИ¹

Еще недавно вся та область теоретического знания и научно-практической работы, которую мы условно называем общим именем «дефектология», считалась чем-то вроде малой педагогики, наподобие того, как медицина выделяет малую хирургию. Все проблемы в этой области ставились и решались как проблемы количественные. Со всей справедливостью М. Крюнегель констатирует, что наиболее распространенные психологические методы исследования ненормального ребенка (метрическая шкала А. Бине или профиль Г. И. Россолимо) основываются на чисто количественной концепции детского развития, осложненного дефектом (Krünegel M., 1926). При помощи этих методов определяется степень понижения интеллекта, но не характеризуется самый дефект и внутренняя структура личности, создаваемая им. Вслед за О. Липманном эти методы можно назвать измерениями, но не исследованиями одаренности (*Intelligentmessungen*, но не *Inlelligentprüfungen* (Lipmann O., Bogen H., 1923), так как они устанавливают степень, но не род и тип одаренности (Lipmann O., 1924).

То же справедливо и относительно других педологических методов изучения дефективного ребенка, методов не только психологических, но и охватывающих другие стороны детского развития (анатомическую и физиологическую). И здесь масштаб, размер, шкала являются основными категориями исследования, как будто все проблемы дефектологии суть проблемы пропорции, а все многообразие явлений, изучаемых дефектологией, охватывается единой схемой: «больше — меньше». Считать и мерить в дефектологии начали раньше, чем экспериментировать, наблюдать, анализировать, расчленять и обобщать, описывать и качественно определять.

¹ Работа написана на основе доклада на дефектологической секции Института научной педагогики при 2-м МГУ. Впервые опубли. в 1929 г. (см.: Труды 2-го МГУ. — М., 1929. — Т. 1. — С. 77–106).

Практическая дефектология избрала тоже этот наиболее легкий путь числа и меры и пыталась осознать себя как малую педагогику. Если в теории проблема сводилась к количественно ограниченному, уменьшенному в пропорциях развитию, то на практике, естественно, была выдвинута идея сокращенного и замедленного обучения. В Германии тот же Крюнегель, а у нас А. С. Грибоедов справедливо защищают мысль: «Необходим пересмотр и учебных планов, и методов работы в наших вспомогательных школах» (Грибоедов А. С., 1926), так как «уменьшение учебного материала и удлинение времени его проработки», т. е. чисто количественные признаки, составляют до сих пор характерное отличие специальной школы.

Чисто арифметическая концепция дефективности — характерная черта отживающей, старой дефектологии. Реакция против этого количественного подхода ко всем проблемам теории и практики составляет самую существенную черту дефектологии современной. Борьба двух дефектологических мировоззрений, двух полярных идей, двух принципов составляет живое содержание того благотворного кризиса, который переживает сейчас эта область научного знания.

Представление о дефективности как о чисто количественной ограниченности развития, несомненно, находится в идейном родстве со своеобразной теорией педологического преформизма, согласно которой внеутробное развитие ребенка сводится исключительно к количественному нарастанию и увеличению органических и психологических функций. Дефектология проделывает сейчас идейную работу, похожую на ту, которую в свое время проделали педагогика и детская психология, когда они защищали положение: ребенок не есть маленький взрослый. Дефектология борется сейчас за основной тезис, в защите которого видит единственный залог своего существования как науки, именно тезис, гласящий: ребенок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, ребенок, но *иначе* развитой.

Мы никогда не получим по методу вычитания психологии слепого ребенка, если из психологии зрячего вычтем зрительное восприятие и все, что с ним связано. Точно так же и глу-

хой ребенок не есть нормальный ребенок минус слух и речь. Педология уже давно овладела той мыслью, что процесс детского развития, если рассматривать его с качественной стороны, есть, говоря словами В. Штерна, цепь метаморфоз (1922). Дефектология сейчас овладевает сходной идеей. Как ребенок на каждой ступени развития, в каждой его фазе представляет качественное своеобразие, специфическую структуру организма и личности, так точно дефективный ребенок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития. Как из кислорода и водорода возникает не смесь газов, а вода, так же, говорит Р. Гюртлер, личность слабоумного ребенка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств.

Специфичность органической и психологической структуры, тип развития и личности, а не количественные пропорции отличают слабоумного ребенка от нормального. Давно ли педология поняла всю глубину и истинность уподобления многих процессов развития ребенка превращению гусеницы в куколку и куколки в бабочку? Сейчас дефектология устами Гюртлера объявляет детское слабоумие особой разновидностью, особым типом развития, а не количественным вариантом нормального типа. Это, говорит он, различные органические формы, наподобие головастика и лягушки (Gürtler R., 1927).

Есть, действительно, полное соответствие между своеобразием каждой возрастной ступени в развитии ребенка и своеобразием различных типов развития. Как переход от ползания к вертикальной походке и от лепета к речи есть метаморфоза, качественное превращение одной формы в другую, так речь глухонемого ребенка и мышление имбецила суть качественно иные функции по сравнению с мышлением и речью нормальных детей.

Только с идеей качественного своеобразия (не исчерпываемого количественными вариациями отдельных элементов) тех явлений и процессов, которые изучает дефектология, она впервые приобретает твердую методологическую основу, ибо никакая теория невозможна, если исходить исключительно из отрицательных предпосылок, как невозможна никакая воспи-

тательская практика, построенная на чисто отрицательных определениях и основах. В этой идее — методологический центр современной дефектологии; отношение к ней определяет геометрическое место всякой частной, конкретной проблемы. С этой идеей перед дефектологией открывается система положительных задач, теоретических и практических; дефектология становится возможна как наука, ибо приобретает особый, методологически отграниченный объект изучения и познания. На основе чисто количественной концепции детской дефективности возможна только «педагогическая анархия», по выражению Б. Шмидта о лечебной педагогике, только эклектическая, разрозненная сводка эмпирических данных и приемов, но не система научного знания.

Было бы, однако, величайшей ошибкой думать, что с нахождением этой идеи методологическое оформление новой дефектологии закончено. Напротив, оно лишь начинается. Как только определяется возможность особого вида научного знания, так сейчас же возникает тенденция к его философскому обоснованию. Поиски философской основы — чрезвычайно характерная черта современной дефектологии и показатель ее научной зрелости. Как только утверждено своеобразие изучаемого дефектологией мира явлений, так сейчас же возникает вопрос о принципах и способах познания и изучения этого своеобразия, т. е. проблема философская. Р. Гюртлеру принадлежит попытка найти основу дефектологии в идеалистической философии (Gürtler R., 1927); Х. Неллю — частной проблемы трудовой подготовки воспитанников вспомогательной школы (Nöll H., 1927), опираясь на современную «философию ценности», развитую В. Штерном, А. Мессером, Н. Мейнингом, Г. Риккертом и другими авторами. Если такие попытки еще относительно редки, то тенденции к тому или иному философскому оформлению легко обнаружить почти во всякой сколько-нибудь значительной новой научной работе по дефектологии.

Помимо тенденции к философскому оформлению, перед современной дефектологией встают совершенно конкретные отдельные проблемы. Их разрешение составляет предмет большинства дефектологических исследований.

Дефектология имеет свой, особый, объект изучения; она должна овладеть им. Процессы детского развития, изучаемые ею, представляют огромное многообразие форм, почти безграничное количество различных типов. Наука должна овладеть этим своеобразием и объяснить его, установить циклы и метаморфозы развития, его диспропорции и перемещающиеся центры, открыть законы многообразия. Далее встают проблемы практические: как овладеть законами этого развития?

В настоящей статье и сделана попытка критически наметить основные проблемы современной дефектологии в их внутренней связанности и единстве под углом зрения тех философских идей и социальных предпосылок, которые положены в основу нашей теории и практики воспитания.

2

Основной факт, с которым мы встречаемся в развитии, осложненном дефектом, есть двойственная роль органического недостатка в процессе этого развития и формирования личности ребенка. С одной стороны, дефект есть минус, ограничение, слабость, умаление развития; с другой — именно потому, что он создает трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперед. Центральное положение современной дефектологии следующее: всякий дефект создает стимулы для выработки компенсации. Поэтому динамическое изучение дефективного ребенка не может ограничиваться установлением степени и тяжести недостатка, но непременно включает учет компенсаторных — замещающих, надстраивающихся, выравнивающих процессов в развитии и поведении ребенка. Как для современной медицины важна не болезнь, но больной, так для дефектологии объектом является не недостаток сам по себе, но ребенок, отягощенный недостатком. Туберкулез, например, характеризуется не только стадией процесса и тяжестью заболевания, но и реакцией организма на болезнь, степенью компенсации или декомпенсации процесса. Так, реакция организма и личности ребенка на дефект есть центральный основной факт, единственная реальность, с которой имеет дело дефектология.

В. Штерн давно указал на двойственную роль дефекта. Как у слепого компенсаторно повышается способность различения при осязании не из действительного повышения нервной возбудимости, но через упражнение в наблюдении, оценке и обдумывании различий, так и в области психологических функций малоценность одной способности полностью или отчасти возмещается более сильным развитием другой. Слабая память, например, выравнивается через выработку понимания, которое становится на службу наблюдательности и воспоминаниям, слабость воли и недостаточность инициативы компенсируются внушаемостью и тенденцией к подражанию и т. д. Функции личности не монополизированы таким образом, что при ненормально слабом развитии одного какого-либо свойства непременно и при всех обстоятельствах страдает выполняемая им задача; благодаря органическому единству личности другая способность принимает на себя ее выполнение (Stern W., 1921).

Таким образом, закон компенсации одинаково приложим к нормальному и осложненному развитию. Т. Липпс видел в этом основной закон психической жизни: если психическое событие прерывается или тормозится, то там, где наступает перерыв, задержка или препятствие, происходит «затопление», т. е. повышение психической энергии; препятствие играет роль запруды. Этот закон Липпс называл законом психической запруды (*Stauung*). Энергия концентрируется в пункте, где процесс встретил задержку, и может преодолеть задержку или пойти окольными путями. Так на месте задержанного в развитии процесса образуются новые процессы, возникшие благодаря запруде (Липпс Т., 1907).

А. Адлер и его школа в основу своей психологической системы кладут учение о малоценных органах и функциях, недостаточность которых постоянно стимулирует повышенное развитие. Ощущение дефективности органов, по словам Адлера, является для индивида постоянным стимулом к развитию психики. Если какой-либо орган благодаря морфологической или функциональной неполноценности не справляется вполне со своими задачами, тогда центральная нервная система и психический аппарат человека принимают на себя задачу ком-

пенсировать затрудненное функционирование органа. Они создают над малоценным органом или функцией психологическую надстройку, стремящуюся обеспечить организм в слабом, угрожаемом пункте. При соприкосновении с внешней средой возникает конфликт, вызванный несоответствием недостаточного органа или функции стоящим перед ними задачам, что ведет к повышенной возможности заболевания и смертности. Этот же конфликт создает повышенные возможности и стимулы к компенсации и сверхкомпенсации. Дефект становится, таким образом, исходной точкой и главной движущей силой психического развития личности. Он устанавливает конечную целевую точку, к которой стремится развитие всех психических сил, и дает направление процессу роста и формирования личности. Повышенная тенденция к развитию создается дефектом, он развивает психические явления предвидения и предчувствия, а также их действующие факторы (память, внимание, интуицию, чувствительность, интерес — словом, все обеспечивающие психологические моменты) в усиленной степени (Adler A., 1928).

Можно и *должно* не соглашаться с Адлером в том, что он приписывает процессу компенсации универсальное значение во всяком психическом развитии, но нет, кажется, сейчас дефектолога, который отрицал бы первостепенное значение реакции личности на дефект компенсаторных процессов в развитии, т. е. той чрезвычайно сложной картины положительных влияний дефекта, обходных путей развития, сложных его зигзагов, картины, которую мы наблюдаем у каждого ребенка с дефектом. Самое важное то, что вместе с органическим дефектом даны силы, тенденции, стремления к его преодолению или выравниванию. Вот этих тенденций к повышенному развитию и не замечала прежняя дефектология. А между тем именно они придают своеобразие развитию дефективного ребенка; они создают творческие, бесконечно разнообразные, иногда глубоко причудливые формы развития, равных или подобных которым мы не наблюдаем в типическом развитии нормального ребенка. Нет надобности быть адлерианцем и разделять принципы его школы, чтобы признать справедливость этого положения.

«Он будет хотеть все видеть, — говорит Адлер про ребенка, — если он близорук; все слышать, если у него аномалия слуха; все будет хотеть говорить, если у него есть налицо затруднение в речи или есть заикание... Желание летать будет выше всего выражено у тех детей, которые уже при прыгании испытывают большие затруднения. Противоположность органической недостаточности и желаний, фантазий, снов, т. е. психических стремлений к компенсации, столь всеобъемлюща, что можно на основании ее вывести *основной психологический закон о диалектическом превращении органической неполноценности через субъективное чувство неполноценности в психические стремления к компенсации и сверхкомпенсации*». Прежде полагали, что у слепого ребенка вся жизнь и все развитие будут строиться по линии слепоты; новый закон говорит, что развитие пойдет против этой линии. Если есть слепота, то психическое развитие направлено от слепоты, против слепоты. Рефлекс цели, по И. П. Павлову, нуждается для полного, правильного, плодотворного проявления в известном напряжении, и существование препятствий — главное условие достижения цели. Современная психотехника склонна рассматривать такую центральную в процессе воспитания и формирования личности функцию, как управление, в качестве частного случая явлений сверхкомпенсации (Шпильрейн И. Н., 1924).

Учение о компенсации открывает творческий характер развития, направленного по этому пути. Недаром на указанном учении частично основывают происхождение одаренности такие психологи, как Штерн и Адлер. «То, что меня не губит, делает меня сильнее», — формулирует эту идею Штерн; благодаря компенсации из слабости возникает сила, из недостатков — способности (Stern W., 1923).

Было бы ошибкой полагать, что процесс компенсации всегда непременно кончается удачей, успехом, всегда приводит к формированию таланта из дефекта. Как всякий процесс преодоления и борьбы, и компенсация может иметь два крайних исхода — победу и поражение, между которыми располагаются все возможные степени перехода от одного полюса к другому. Исход зависит от многих причин, но в основном от соот-

ношения степени недостатка и богатства компенсаторного фонда. Но какой бы исход ни ожидал процесс компенсации, *всегда и при всех обстоятельствах* развитие, осложненное дефектом, представляет творческий процесс (органический и психологический) созидания и пересозидания личности ребенка на основе перестройки всех функций приспособления, образования новых — надстраиваемых, замещающих, выравнивающих процессов, порождаемых дефектом, и прокладывания новых, обходных путей развития. Мир новых, бесконечно разнообразных форм и путей развития открывается перед дефектологией. Линия «дефект — компенсация» и есть лейтмотив развития ребенка с дефектом какого-либо органа или функции.

Положительное своеобразие дефективного ребенка и создается в первую очередь не тем, что у него выпадают те или иные функции, наблюдаемые у нормального, но тем, что выпадение функций вызывает к жизни новые образования, представляющие в своем единстве реакцию личности на дефект, компенсацию в процессе развития. Если слепой или глухой ребенок достигает в развитии того же, что и нормальный, то дети с дефектом достигают этого *иным способом, на ином пути, иными средствами*, и для педагога особенно важно знать *своеобразие* пути, по которому он должен повести ребенка. Ключ к своеобразию дает закон превращения минуса дефекта в плюс компенсации.

3

Своеобразие в развитии дефективного ребенка имеет пределы. На основе нарушенного дефектом равновесия в приспособительных функциях перестраивается на новых началах вся система приспособления, которая стремится к новому равновесию. Компенсация как реакция личности на дефект дает начало новым, обходным процессам развития, замещает, надстраивает, выравнивает психологические функции. Много из того, что присуще нормальному развитию, исчезает или свертывается из-за дефекта. Создается новый, особенный тип раз-

вития. «Параллельно, с пробуждением моего сознания, — рассказывает о себе А. М. Щербина, — мало-помалу, можно сказать, органически вырабатывалось своеобразие моей психики, создавалась как бы вторая природа, и при таких условиях своего физического недостатка *непосредственно* я ощущать не мог». Но органическому своеобразию, созиданию «второй природы» положены границы социальной средой, в которой протекает процесс развития. Прекрасно сформулировал эту идею по отношению к психологическому развитию слепых К. Бюрклен; в сущности, она может быть распространена и на всю дефектологию. «У них развиваются, — говорит он про слепых, — такие особенности, которых мы не можем заметить у зрячих, и надо полагать, что в случае исключительного общения слепых со слепыми, без всякого сношения со зрячими, могла бы возникнуть особая порода людей» (Bürklen K., 1924).

Мысль Бюрклена можно пояснить следующим образом. Слепота как органическая неполноценность дает толчок процессам компенсации, приводящим, в свою очередь, к образованию особенностей в психологии слепого и перестраивающим все его отдельные функции под углом основной жизненной задачи. Каждая отдельная функция нервно-психического аппарата слепого обладает особенностями, часто очень значительными по сравнению со зрячим. Предоставленный сам себе, этот биологический процесс образования и накопления особенностей и отклонений от нормального типа (в случае жизни слепого в мире слепых) с неизбежностью привел бы к созданию особой породы людей. Под давлением же социальных требований, одинаковых для слепых и зрячих, развитие этих особенностей складывается так, что структура личности слепого в *целом* имеет тенденцию к достижению определенного нормального социального типа.

Процессы компенсации, созидающие своеобразие личности слепого ребенка, не текут свободно, а направлены на определенные цели. Эта социальная обусловленность развития дефективного ребенка складывается из двух основных факторов.

Во-первых, само действие дефекта всегда оказывается вторичным, не непосредственным, отраженным. Как уже сказано, своего дефекта ребенок непосредственно не ощущает. Он вос-

принимает те затруднения, которые проистекают из дефекта. Непосредственное следствие дефекта — снижение социальной позиции ребенка; дефект реализуется как социальный вывих. Все связи с людьми, все моменты, определяющие место человека в социальной среде, его роль и судьбу как участника жизни, все функции общественного бытия перестраиваются. Органические, врожденные причины действуют, как подчеркивается в школе Адлера, не сами по себе, не прямо, а косвенно, через вызываемое ими снижение социальной позиции ребенка. Все наследственное и органическое должно быть еще истолковано психологически, для того чтобы можно было учесть его истинную роль в развитии ребенка. Малоценность органов, по Адлеру, приводящая к компенсации, создает особую психологическую позицию для ребенка. *Через эту позицию*, и только через нее, дефект влияет на развитие ребенка. Этот психологический комплекс, возникающий на основе снижения социальной позиции из-за дефекта, Адлер называет чувством неполноценности (*Mindenwertigkeitsgefühl*). В двучленный процесс «дефект — компенсация» вносится третий, промежуточный член: «дефект — чувство малоценности — компенсация». Дефект вызывает компенсацию не прямо, а косвенно, через создаваемое им чувство малоценности. Что чувство малоценности есть психологическая оценка собственной социальной позиции, легко пояснить на примерах. В Германии поднят вопрос о переименовании вспомогательной школы. Название *Hilfsschule* кажется оскорбительным и родителям, и детям. Оно как бы налагает на учащегося клеймо неполноценности. Ребенок не хочет идти в «школу для дураков». Специальное снижение позиции, вызываемое «школой для дураков», действует отчасти и на учителей, ставя их как бы на низшее место по сравнению с учителями нормальной школы. Лечебно-педагогическая, особая школа (*Sonderschule*), школа для слабоумных и другие новые названия — таковы предложения Понсенса и О. Фишера.

Попасть в «школу для дураков» — значит для ребенка встать на затрудненную социальную позицию. Поэтому для Адлера и его школы первым и основным пунктом всего воспитания является борьба с чувством малоценности. Надо не

дать ему развиваться, овладеть ребенком и привести его к болезненным формам компенсации. Основное понятие индивидуально-психологической лечебной педагогики, говорит А. Фридман, — это ободрение (*Ermütiñg*). Ее методы представляют технику ободрения. Ее область охватывает все, что угрожает человеку потерей мужества (*Entmütigung*). Предположим, что органический дефект не приведет *по социальным причинам* к возникновению чувства малоценности, т. е. к низкой психологической оценке своей социальной позиции. Тогда не будет и психологического конфликта, несмотря на наличие органического дефекта. У некоторых народов, скажем, вследствие суеверно-мистического отношения к слепым создается особое почитание слепого, вера в его духовную прозорливость. Слепой там становится прорицателем, судьей, мудрецом, т. е. занимает вследствие своего дефекта высшую социальную позицию. Конечно, при таких условиях не может быть речи о чувстве малоценности, дефективности и т. д. Решает судьбу личности в последнем счете не дефект сам по себе, а его социальные последствия, его социально-психологическая реализация. Процессы компенсации тоже направлены не на прямое восполнение дефекта, которое большей частью невозможно, а на преодоление затруднений, создаваемых дефектом. И развитие, и воспитание слепого ребенка имеют дело не столько со слепотой самой по себе, сколько с социальными последствиями слепоты.

А. Адлер рассматривает психологическое развитие личности как стремление занять определенную позицию по отношению к «имманентной логике человеческого общества», к требованиям социального бытия. Оно разворачивается как цепь планомерных, хотя и бессознательных действий, определяемых в конечном счете с объективной необходимостью требованием социального приспособления. Поэтому Адлер (Adler A., 1928) с глубоким основанием называет свою психологию позиционной психологией, в отличие от диспозиционной: первая исходит в психологическом развитии из социальной позиции личности, вторая — из органической диспозиции. Если бы развитию дефективного ребенка не были поставлены социальные требования (цели), если бы эти процессы были отда-

ны во власть биологических законов, если бы дефективный ребенок не стоял перед необходимостью превратиться в определенную социальную единицу, социальный тип личности, тогда его развитие привело бы к созданию новой породы человека. Но так как цели развитию поставлены заранее (необходимостью приспособиться к социально-культурной среде, созданной в расчете на нормальный человеческий тип), то и компенсация его течет не свободно, а по определенному социальному руслу.

Таким образом, процесс развития дефективного ребенка двояким образом социально обусловлен: социальная реализация дефекта (чувство малоценности) есть одна сторона социальной обусловленности развития, социальная направленность компенсации на приспособление к тем условиям среды, что созданы и сложились в расчете на нормальный человеческий тип, составляет ее вторую сторону. Глубокое своеобразие пути и способа развития при общности конечных целей и форм у дефективного и нормального ребенка — вот наиболее схематическая форма социальной обусловленности этого процесса. Отсюда двойная перспектива прошлого и будущего в изучении развития, осложненного дефектом. Поскольку конечный и начальные пункты этого развития обусловлены социально, постольку обязательно понимание каждого его момента не только в связи с прошлым, но и в связи с будущим. Понятием компенсации как основной формы подобного развития вводится понятие направленности на будущее, и весь процесс в целом предстает перед нами как единый процесс, стремящийся вперед с объективной необходимостью, направленной к конечной точке, заранее поставленной требованиями социального бытия. В связи с этим стоит понятие единства и целостности развивающейся личности ребенка. Личность развивается как единое целое, имеющее особые законы, а не как сумма или пучок отдельных функций, из которых каждая развивается в силу особой тенденции.

Этот закон одинаково приложим к соматике и психике, к медицине и педагогике. В медицине все тверже устанавливается взгляд, согласно которому единственным критерием здоровья или болезни является целесообразное или нецелесо-

образное функционирование целого организма, а единичные ненормальности оцениваются лишь постольку, поскольку нормально компенсируются или не компенсируются через другие функции организма.

В. Штерн выдвигает положение: частные функции могут представлять отклонение от нормы и все же личность или организм в целом могут принадлежать к совершенно нормальному типу. *Ребенок* с дефектом не есть непременно *дефективный ребенок*. От исхода социальной компенсации, т. е. конечного формирования его личности в целом, зависит степень его дефективности и нормальности. Сама по себе слепота, глухота и другие частные дефекты не делают еще своего носителя дефективным. Замещение и компенсация функций не только имеют место, не только достигают иногда огромных размеров, создавая из дефектов таланты, но и непременно, *как закон*, возникают в виде стремлений и тенденций там, где есть дефект. Положение Штерна есть положение о принципиальной возможности социальной компенсации там, где прямая компенсация невозможна, т. е. возможности полного в принципе приближения дефективного ребенка к нормальному типу, к завоеванию социальной полноценности.

Лучшей иллюстрацией социальных вторичных осложнений развития дефективного ребенка и их роли может служить компенсация моральной дефективности (*moral insanity*), рассматриваемой как *особый тип органического дефекта или болезни*. От подобной концепции отходят все последовательно мыслящие психологи; в частности, у нас пересмотр этого вопроса и выяснение ложности и научной несостоятельности самого понятия моральной дефективности в работах П. П. Блонского, А. Б. Залкинда и др. имели большое теоретическое и практическое значение. К тому же выводу приходят и западноевропейские психологи. То, что принималось за органический дефект или болезнь, есть симптомокомплекс особой психологической установки выбитых из социальной колеи детей, есть явление социо- и психогенного, а не биогенного порядка.

Всякий раз, когда идет речь о неправильном признании тех или иных *ценностей*, говорил Л. Линдворский на I конгрессе по лечебной педагогике в Германии, причину этого следует

искать не во врожденной аномалии воли и не в определенных извращениях отдельных функций, но в том, что в индивиде ни окружающая среда, ни он сам не воспитали признания этих ценностей. Вероятно, никогда бы не пришли к мысли выдавать *moral insanity* за душевную болезнь, если бы прежде была предпринята попытка представить сводку всех выпадений ценностей и мотивов, которые встречаются среди нормальных. Тогда можно было бы открыть, что каждый индивид имеет свою *insanity*. К такому же выводу приходит М. Вертгаймер. Если рассматривать личность в целом, в ее взаимодействии со средой, врожденная психопатичность детей исчезает, утверждает Вертгаймер, ссылаясь на Ф. Крамера и В. К. Жариса, основателя гештальтпсихологии в США. Он подчеркивает, что известный тип детской психопатии обнаруживает следующие симптомы: грубую небрежность, эгоизм, направленность интересов на удовлетворение элементарных потребностей; такие дети неинтеллигентны (*unintelligent*), малоподвижны, телесная чувствительность, например по отношению к болевым раздражениям и т. п., сильно понижена. В этом и видят особый тип, который с рождения предназначен для асоциального поведения, этически дефективен по задаткам и т. д. (более ранний термин *moral insanity* — неизлечимые свойства). Однако перемещение детей в другую среду часто показывает, что мы имеем дело с особо повышенной чувствительностью и притупление чувствительности есть самозащита, самозамыкание, окружение себя биологическим защитным панцирем от условий среды. В новой среде дети обнаруживают совсем другие свойства. Такой результат получается, если рассматривать свойства и поступки детей не разрозненно, а в их отношении к целому, в динамике их развития (*Si duo paciunt idem non est idem*).

Теоретически этот пример показателен. Он объясняет возникновение мнимой психопатии, мнимого дефекта (*moral insanity*), который был создан в воображении исследователей, почему они и не могли объяснить глубокой социальной неспособленности детского развития в подобных случаях. Значение социо- и психогенных факторов в развитии ребенка столь велико, что могло привести к иллюзии дефекта, к подобию болезни, к мнимой психопатии.

4

В последние два десятилетия научная дефектология познакомилась с новой формой детской дефективности. Сущность ее сводится к двигательной недостаточности (М. О. Гуревич). В то время как олигофрения характеризуется всегда главным образом теми или иными дефектами интеллекта, новая форма неправильного развития, сделавшаяся в последнее время предметом пристального изучения и практического педагогического и лечебного воздействия, сводится к недоразвитию моторного аппарата ребенка. Эту форму детской дефективности называют по-разному. Дюпре назвал ее *debilitetmotrice*, т. е. моторной дебильностью, по аналогии с интеллектуальной дебильностью; Т. Геллер — моторной отсталостью, а в крайних формах — моторной идиотией; К. Якоб и Ф. Гомбургер — моторным инфантилизмом; М. О. Гуревич — двигательной недостаточностью. Сущность явлений, скрывающихся за различными обозначениями, сводится к более или менее ярко выраженной недостаточности развития моторной сферы, во многом аналогичной интеллектуальной недостаточности при олигофрении.

Моторная недостаточность в огромной мере допускает компенсацию, упражнение моторных функций, выравнивание дефекта (Гомбургер, М. Надолечный, Геллер). Моторная отсталость часто и легко поддается, в известных, конечно, пределах, педагогическому и лечебному воздействию. Поэтому взятая сама по себе моторная отсталость нуждается в двойной характеристике по схеме «дефект — компенсация». Динамика этой формы недостаточности, как и всякой другой, раскрывается только при учете вызываемых ею положительных ответных реакций организма, компенсирующих дефект.

Глубокое принципиальное значение, которое имело введение в инвентарь науки этой новой формы недостаточности, заключается не только в том, что наше представление о детской дефективности расширилось и обогатилось знанием чрезвычайно жизненно важной формы неправильного развития моторной сферы ребенка и создаваемых ею процессов компенсации, но и в том, главным образом, что показало, в каком отно-

шении эта новая форма стоит к другим формам, знакомым нам ранее. Принципиально важен для дефектологии — теоретической и практической — факт, что эта форма дефективности не связана необходимо с интеллектуальной отсталостью. «Этого рода недостаточность, — говорит Гуревич, — нередко сочетается с интеллектуальной, но иногда может быть выражена самостоятельно, так же как и интеллектуальная недостаточность может быть налицо при хорошо развитом двигательном аппарате» (Вопросы педологии и детской психоневрологии, 1925). Поэтому исключительную важность при изучении дефективного ребенка представляет его моторная сфера. Моторная отсталость может в различных степенях комбинироваться с умственной отсталостью всех видов, придавая своеобразную картину развитию и поведению ребенка. Часто наблюдают эту форму дефективности у слепого ребенка. Наудачер дает цифры для характеристики комбинации этой формы недостаточности с другими формами: моторная дебильность — у 75 % исследованных идиотов, 44 % имбецилов, 24 % дебилов и 2 % нормальных детей.

Принципиально важным и решающим является не статистический расчет, а несомненное положение, что моторная отсталость *может быть* относительно широко независима от интеллектуального дефекта; она может отсутствовать при умственной отсталости и, наоборот, быть в наличии при отсутствии интеллектуального дефекта. В случаях комбинированной моторной и интеллектуальной недостаточности каждая форма имеет свою динамику и компенсация в одной сфере может протекать в ином темпе, в ином направлении, чем в другой, в зависимости от чего создается чрезвычайно интересное соотношение этих сфер в развитии дефективного ребенка. Будучи относительно самостоятельной, независимой от высших интеллектуальных функций и легко управляемой, моторная сфера представляет часто центральную сферу для компенсации интеллектуального дефекта и выравнивания поведения. Поэтому при изучении ребенка мы должны требовать не только двойной характеристики (моторной и интеллектуальной), но и установления отношения между той и другой сферой развития. Очень часто это отношение бывает результатом компенсации.

Во многих случаях, по мысли К. Бирнбаума, даже настоящие, заложенные в конституциональных особенностях дефекты интеллектуального поведения в известных пределах могут быть компенсированы тренировкой и развитием замещающих функций, например столь ценным теперь «моторным воспитанием». Это подтверждают экспериментальные исследования и школьная практика. М. Крюнегель, производивший последнее по времени экспериментальное исследование моторной одаренности умственно отсталых детей (Krünegel M., 1927), применил метрическую шкалу моторной одаренности Н. И. Озерецкого, который поставил задачу создания градуированного по возрастным ступеням метода определения моторного развития. Исследование показало, что моторная одаренность, высшая по сравнению с интеллектуальной на 1–3 года, была найдена у 60 % всех обследованных детей; совпадала с интеллектуальным развитием в 25 % и отставала от нее в 15 %. Это означает, что моторное развитие умственно отсталого ребенка большей частью опережает его интеллектуальное развитие на 1–3 года и только в четверти случаев совпадает с ним. На основании опытов Крюнегель приходит к выводу: около 85 % всех обучающихся во вспомогательной школе слабоумных детей способны при соответствующем воспитании к труду (ремесленному, индустриальному, техническому, сельскохозяйственному и т. д.). Легко представить себе большое практическое значение развития моторной одаренности, компенсирующей до известной степени интеллектуальный дефект у слабоумных детей. М. Крюнегель вместе с К. Бартшом требуют создания особых классов для трудового обучения, для проведения моторного воспитания умственно отсталых детей.

Проблема моторной недостаточности — прекрасный пример того единства в многообразии, которое наблюдается в развитии дефективного ребенка. Личность развивается как единое целое, как единое целое реагирует она на дефект, на создаваемое им нарушение равновесия и вырабатывает новую систему приспособления и новое равновесие вместо нарушенного. Но именно благодаря тому, что личность представляет единство и действует как единое целое, она в развитии непропор-

ционально выдвигает те или иные функции, многообразные и относительно независимые друг от друга. Эти положения — многообразие относительно независимых в развитии функций и единство всего процесса развития личности — не только не противоречат друг другу, но, как показал Штерн, взаимно обуславливают друг друга. В усиленном и повышенном развитии одной какой-либо функции находит выражение компенсаторная реакция всей личности, стимулируемая дефектом в другой сфере.

5

Выраженное в учении о моторной одаренности представление о многообразии отдельных функций личности и о сложности ее структуры проникло в последнее время во все области развития. Не только личность в целом, но и отдельные ее стороны при внимательном исследовании обнаруживают то же единство в многообразии, ту же сложную структуру, то же взаимоотношение отдельных функций. Можно сказать, не опасаясь впасть в ошибку, что развитие и углубление научных идей о личности в настоящее время движется в этих двух, с первого взгляда противоположных, направлениях: 1) раскрытия ее единства и 2) сложной и многообразной ее структуры. В частности, новая психология, идя в этом направлении, почти окончательно разрушила прежнее представление о единстве и однородности интеллекта и той функции, которую по-русски не совсем верно обозначают термином «одаренность» и которую немецкие авторы называют *Intelligenz*¹.

Как и личность, интеллект, несомненно, представляет единое целое, но не однородное и не простое, а многообразное и сложное структурное единство. Так, Линдворский сводит интеллект к функции восприятия отношений; эта функция, отличающаяся в его глазах человека от животных, и есть то, что

¹ Н. Е. Румянцев переводит это слово как «интеллигентность». В дальнейшем мы употребляем в этом смысле не вполне точно передающий значение термин «интеллект».

делает мысль мыслью; эта функция (так понимаемый интеллект) присуща Гете не в большей мере, чем идиоту; вся огромная разница, которую мы наблюдаем в мышлении различных людей, сводится к жизни представлений и памяти (Lindworsky L., 1923). Мы позже вернемся к этой парадоксально выраженной, но очень глубокой концепции Линдворского. Сейчас нам важен вывод, который этот автор на II немецком конгрессе по лечебной педагогике сделал из такого понимания интеллекта. Всякий интеллектуальный дефект, утверждал Линдворский, основан в конечном счете на том или ином факторе восприятия отношений. Вариантов интеллектуальных недостатков столько же, сколько факторов восприятия отношений. Слабоумный никогда не может быть представлен как слабоумный вообще. Всегда надо спрашивать, в чем заключается недостаток интеллекта, потому что есть возможности замещения и их надо сделать доступными слабоумному. Уже в этой формулировке вполне ясно выражена та мысль, что в состав такого сложного образования входят различные факторы, что в соответствии со сложностью его структуры возможен *не один, но много* качественно различных типов интеллектуальной недостаточности и что, наконец, благодаря сложности интеллекта его структура допускает широкую компенсацию отдельных функций.

Это учение встречает сейчас всеобщее признание. О. Липманн схематически намечает следующие ступени, через которые прошло развитие идеи об общей одаренности. В самом начале ее отождествляли с одной какой-либо функцией, например памятью, следующим шагом было признание, что одаренность проявляется в целой группе психических функций (внимание, комбинаторная деятельность, различение и т. д.). Ч. Спирмен во всякой разумной деятельности различает два фактора: один — специфический для данного вида деятельности и другой — общий, который он считает одаренностью. А. Бине, наконец, свел определение одаренности к средней целого ряда гетерогенных функций. Только в последнее время опыты Р. Йеркса и В. Кёлера над обезьянами, Е. Штерн и Х. Богена над нормальными и слабоумными детьми установили, что существует не одна одаренность, но много типов одаренности,

в частности наряду с разумным познанием стоит разумное действие. У одного и того же индивида один тип интеллекта может быть развит хорошо и одновременно другой — очень слабо. Есть и два типа слабоумия — слабоумие познания и слабоумие действия («*es gibt, —* говорит Липманн, — *einen Schwachsinn des Erkennens und einen Schwachsinn des Handelns*»), которые не необходимо совпадают. Это же признают в более или менее близкой формулировке Хенмон, М. Н. Петерсон, Р. Пинтер, Г. Томпсон, Э. Торндайк и др. (Lipmann O., 1924).

Экспериментальные исследования всецело подтверждают существование различных типов интеллекта и интеллектуальных дефектов. Э. Линдемман применил методику В. Кёлера, выработанную для опытов над обезьянами, к слабоумным в глубокой степени детям. Среди исследованных им детей нашлась группа глубоко отсталых, оказавшихся способными к разумному действию; только память на новые действия была у них чрезвычайно слабой (Lindemann E., 1926). Это означает, что у глубоко отсталых детей обнаружилась способность к изобретению орудий, к целесообразному употреблению, выбору орудий, нахождению обходных путей, т. е. к разумному действию. Поэтому мы должны выделить в особую сферу исследования практический интеллект, т. е. способность к разумному, целесообразному действию (*praktische, natürliche Intelligenz*), которая по психологической природе отлична как от моторной одаренности, так и от теоретического интеллекта.

Схемы исследования практического интеллекта, предложенные Липманном и Штерном, базируются на критерии практического интеллекта, выдвинутого Кёлером (умения целесообразно употреблять орудия, умения, несомненно, сыгравшие решающую роль при переходе от обезьяны к человеку и явившиеся первой предпосылкой труда и культуры).

Представляя особый качественный тип разумного поведения, относительно независимый от других форм интеллектуальной деятельности, практический интеллект может в различной степени комбинироваться с другими формами, создавая всякий раз своеобразную картину развития и поведения ребенка. Он может явиться точкой приложения компенсации, средством выравнивания других интеллектуальных дефектов.

Без учета этого фактора вся картина развития, диагноз и прогноз будут наверняка неполны. Оставим сейчас вопрос о том, сколько главнейших типов интеллектуальной деятельности мы должны различить — два, три или больше, каковы качественные особенности каждого типа, каковы критерии, позволяющие отграничить один тип от другого. Ограничимся указанием на глубокое качественное различие практического и теоретического (гностического) интеллекта, установленное рядом экспериментальных исследований. В частности, блестящие опыты Богена над нормальными и слабоумными детьми с несомненностью вскрыли, что способность к разумному практическому действию представляет особый и независимый тип интеллекта; очень интересны устанавливаемые автором различия в этой области нормальных и дебильных детей (Lipmann O., Bogen H., 1923).

Учение о практическом интеллекте сыграло и еще долго будет играть революционизирующую роль в теории и практике дефектологии. Оно ставит проблему качественного изучения слабоумия и его компенсации, качественного определения общего интеллектуального развития. У глухонемого ребенка, например, в сравнении со слепым, умственно отсталым или нормальным оказывается различие не в степени, но в типе интеллекта. О существенной разнице в роде и типе интеллекта, когда у одного индивида превалирует один, у другого — другой тип, говорит Липманн (Lipmann O., 1924). Наконец, и представление об интеллектуальном развитии изменяется: последнее теряет характер только количественного нарастания, постепенного усиления и повышения умственной деятельности, но сводится к идее перехода от одного качественного типа к другому, к цепи метаморфоз. В этом смысле Липманн выдвигает глубоко важную проблему качественной характеристики интеллектуального возраста по аналогии с фазами речевого развития, установленными Штерном (1922): стадия субстанции, действия, отношений и т. д. Проблема сложности и неоднородности интеллекта показывает и новые возможности компенсации внутри самого интеллекта, а наличие способности к разумному действию у глубоко отсталых детей открывает огромные и совершенно новые перспективы перед воспитанием такого ребенка.

6

Самую глубокую и острую проблему современной дефектологии составляет история культурного развития дефективного ребенка. Она открывает для научного исследования совершенно *новый план развития*.

Врастание нормального ребенка в цивилизацию представляет обычно единый сплав с процессами его органического созревания. Оба плана развития — естественный и культурный — совпадают и сливаются один с другим. Оба ряда изменений конвергируют, взаимопроникают один в другой и образуют в сущности единый ряд социально-биологического формирования личности. Поскольку органическое развитие совершается в культурной среде, постольку оно превращается в исторически обусловленный биологический процесс. Развитие речи у ребенка может служить хорошим примером слияния двух планов развития — натурального и культурного.

У дефективного ребенка такого слияния не наблюдается; оба плана развития обычно более или менее резко расходятся. Причиной расхождения служит органический дефект. Культура человечества созидалась при условии известной устойчивости и постоянства биологического человеческого типа. Поэтому ее материальные орудия и приспособления, ее социально-психологические аппараты и институты рассчитаны на нормальную психофизиологическую организацию. Пользование этими орудиями и аппаратами предполагает в качестве обязательной предпосылки наличие свойственных человеку интеллекта, органов, функций. Вraстание ребенка в цивилизацию обусловлено созданием соответствующих функций и аппаратов; на известной стадии ребенок овладевает языками, если его мозг и речевой аппарат развиваются нормально; на другой высшей ступени развития интеллекта ребенок овладевает десятичной системой счета и арифметическими операциями. Постепенность и последовательность процесса вraстания в цивилизацию обусловлены постепенностью органического развития.

Дефект, создавая уклонение от устойчивого биологического типа человека, вызывая выпадение отдельных функций,

недостаток или повреждение органов, более или менее существенную перестройку всего развития на новых основаниях, по новому типу, естественно, нарушает тем самым нормальное течение процесса вставания ребенка в культуру. Ведь культура приноровлена к нормальному, типическому человеку, приспособлена к его конституции, и атипическое развитие, обусловленное дефектом, не может непосредственно и прямо, как это имеет место у нормального ребенка, встать в культуру.

Глухота как органический дефект, рассматриваемый исключительно со стороны физического развития и формирования ребенка, не является недостатком особенно тяжелым. Большей частью этот недостаток остается более или менее изолированным, его прямое влияние на развитие *в целом* сравнительно невелико; он не создает обычно каких-либо особо тяжелых нарушений и задержек в общем развитии. Но вызываемая этим дефектом немота, отсутствие человеческой речи, невозможность овладения языком создают одно из самых тяжелых осложнений *всего* культурного развития. *Все* культурное развитие глухого ребенка будет протекать по иному руслу, чем нормального; не только количественная значимость дефекта различна для обоих планов развития, но, что самое главное, качественный характер развития в обоих планах будет существенно различным. Дефект создает *одни* затруднения для органического развития и совершенно *другие* — для культурного; поэтому оба плана развития будут существенно расходиться друг с другом; степень и характер расхождения будут определяться и измеряться всякий раз различным качественным и количественным значением дефекта для каждого из этих двух планов.

Часто бывают нужны особые, специально созданные культурные формы для того, чтобы осуществить культурное развитие дефективного ребенка. Наука знает множество искусственных культурных систем, представляющих теоретический интерес. Наряду со зрительным алфавитом, которым пользуется все человечество, для слепых создан особый осязательный алфавит, точечный шрифт. Наряду со звуковым языком всего человечества создана дактилология, т. е. пальцевая азбука и жестикулярно-мимическая речь глухонемых. Процессы овла-

дения и пользования этими культурными вспомогательными системами отличаются глубоким своеобразием по сравнению с пользованием обычными средствами культуры. Читать рукой, как делает слепой ребенок, и читать глазом — различные психологические процессы, несмотря на то что они выполняют одну и ту же культурную функцию в поведении ребенка и имеют в основе сходный физиологический механизм.

Постановка проблемы культурного развития дефективного ребенка как особого плана развития, подчиненного особым законам, обладающего особыми трудностями и особыми средствами их преодоления, составляет серьезное завоевание современной дефектологии. Основным здесь является понятие примитивности детской психики. Выделение особого типа детского психологического развития, именно *ребенка-примитива*, не встречает, кажется, сейчас возражений ни с чьей стороны, хотя в содержании этого понятия есть еще кое-что спорное. Смысл понятия заключается в противопоставлении примитивности — культурности. Как дефективность есть отрицательный полюс одаренности, так примитивность есть отрицательный полюс культурности.

Ребенок-примитив — это ребенок, не проделавший культурного развития, или, точнее, находящийся на самых низших ступенях культурного развития. Примитивная психика — здоровая психика; при известных условиях ребенок-примитив проделывает нормальное культурное развитие, достигая интеллектуального уровня культурного человека. Это отличает примитивизм от слабоумия. Последнее есть результат органического дефекта, слабоумный ограничен в естественном интеллектуальном развитии и *вследствие этого* не проделывает обычно полностью развития культурного. Примитив же в естественном развитии совершенно не уклоняется от нормы, его практический интеллект может достигнуть очень высокой ступени, он остается только вне культурного развития. Примитив — это тип чистого, изолированного *естественного развития*.

Очень долгое время примитивизм детской психики принимали за патологическую форму детского развития и смешивали со слабоумием. В самом деле, их внешние проявления часто чрезвычайно схожи. Бедность психологической деятельности,

недоразвитие интеллекта, неправильность умозаключений, нелепость понятий, внушаемость и т. д. могут быть симптомами того и другого. При существующих в настоящее время методиках исследования (Бине и др.) ребенок-примитив может дать картину, сходную с умственной отсталостью; нужны особые приемы исследования для того, чтобы вскрыть истинную причину болезненных симптомов и различить примитивизм и слабоумие. В частности, методы исследования практического, естественного интеллекта (*natürliche Intelligenz*) могут легко вскрыть примитивизм при вполне здоровой психике. А. Е. Петрова, давшая прекрасное исследование детской примитивности и наметившая ее важнейшие типы, показала, что примитивизм может одинаково сочетаться с одаренной, средней и патологической детской психикой (см.: Дети-примитивы // Вопросы педологии и детской психоневрологии. — М., 1925. — Вып. 2).

Для дефектологического исследования чрезвычайно интересны случаи сочетания примитивности с той или иной патологической формой развития, так как это сочетание встречается чаще всего в истории культурного развития дефективного ребенка. Примитивность психики и задержка в культурном развитии могут, например, очень часто сочетаться с умственной отсталостью; правильнее было бы сказать, что вследствие умственной отсталости возникает задержка в культурном развитии ребенка. Но и при такой смешанной форме примитивизм и слабоумие остаются двумя *различными* по природе явлениями. Точно так же врожденная или рано приобретенная глухота обычно сочетается с примитивным типом детского развития. Но примитивизм может встречаться без дефекта, может сочетаться даже с высокоодаренной психикой, как и дефект не обязательно приводит к примитивизму, но может сочетаться и с типом глубоко культурной психики. Дефект и примитивность психики — две совершенно различные вещи, и там, где они встречаются вместе, необходимо их разделять и различать каждую в отдельности.

Особенный теоретический интерес представляет мнимая патология на фоне примитива. Петрова, анализируя примитивную девочку, говорившую одновременно на татарском и

русском языке и признанную психически ненормальной, показала, что весь симптомокомплекс, заставивший заподозрить болезнь, определялся в основном примитивностью, обусловленной в свою очередь отсутствием твердого владения каким-либо языком. «Наши многочисленные наблюдения доказывают, — говорит Петрова, — что полная замена одного неокрепшего языка другим, также незавершенным, не проходит безнаказанно для психики. Эта замена одной формы мышления другою особенно понижает психическую деятельность там, где она без того небогата». Этот вывод позволяет установить, в чем именно заключается с психологической стороны процесс культурного развития и отсутствие чего создает примитивность детской психики. В данном случае примитивность обусловлена неполным овладением языком. Но и вообще процесс культурного развития сводится в основном к овладению культурно-психологическими орудиями, созданными человечеством в процессе исторического развития и аналогичными по психологической природе языку; примитивность же сводится к неумению пользоваться подобного рода орудиями и к естественным формам проявления психологических функций. Все высшие формы интеллектуальной деятельности, равно как и все прочие высшие психологические функции, становятся возможными только на основе пользования подобного рода орудиями культуры. «Язык, — говорит Штерн, — становится орудием мощного развития его (ребенка. — Л. В.) жизни, представлений, эмоций и воли; только он делает, наконец, возможным всякое настоящее мышление: обобщение и сравнение, суждение и заключение, комбинирование и понимание» (Stern W., 1923).

Эти искусственные приспособления, которые иногда по аналогии с техникой называют психологическими орудиями, направлены на овладение процессами поведения — чужого или своего, так же как техника направлена на овладение процессами природы. В этом смысле Т. Рибо (1892) называл непроизвольное внимание естественным, а произвольное — искусственным, видя в нем продукт исторического развития. Пользование психологическим орудием видоизменяет все протекание и всю структуру психологических функций, придавая им новую форму.

Развитие многих естественных психологических функций (памяти, внимания) в детском возрасте или не наблюдается в сколько-нибудь значительном размере, или имеет место в столь незначительном объеме, что за его счет никак не может быть отнесена *вся* огромная разница в соответствующей деятельности ребенка и взрослого. В процессе развития ребенок вооружается и перевооружается различными орудиями, ребенок старшей ступени от ребенка младшей ступени отличается как взрослый от ребенка не только большим развитием функций, но еще степенью и характером культурного вооружения, инструментарием, т. е. степенью и способом овладения деятельностью собственных психологических функций. Так, старший ребенок от младшего, как и взрослый от ребенка или нормальный ребенок от дефективного, отличается не только более развитой памятью, но и тем, что он *иначе* запоминает, иным способом, иными приемами, в иной степени использует свою память.

Неумение использовать естественные психологические функции и овладеть психологическими орудиями определяет в *самом существенном* тип культурного развития дефективного ребенка. Овладение психологическим орудием и посредством его собственной естественно-психологической функцией создает всякий раз как бы *фикцию развития*, т. е. поднимает данную функцию на высшую ступень, увеличивает и расширяет ее деятельность. Значение использования при помощи орудия естественной функции экспериментально выяснил Бине. Исследуя память выдающихся счетчиков, он натолкнулся на лицо, обладающее *средней памятью*, но обнаружившее *силу запоминания*, равную силе запоминания выдающихся счетчиков и даже во многом превосходившую их. Бине назвал это явление симуляцией выдающейся памяти. «Большинство психологических операций могут быть симулированы, — говорит он, — т. е. заменены другими, которые походят на них только внешне и отличаются по природе» (Binet A., 1894). В данном случае обнаружилась разница между естественной памятью и памятью искусственной, или мнемотехнической, т. е. между двумя формами *использования* памяти. Каждая из них, по мнению Бине, обладает своего рода рудиментарной

и инстинктивной мнемотехникой; мнемотехнику следовало бы ввести в школе наравне с умственным счетом и стенографией — не для того, чтобы развивать интеллект, но для того, чтобы дать в руки инструмент для использования памяти. На этом примере легко видеть, как может не совпадать естественное развитие и инструментальное использование какой-либо функции.

Степень примитивности детской психики, характер вооружения культурно-психологическими орудиями и способ использования собственных психологических функций — вот три основных момента, определяющих проблему культурного развития дефективного ребенка. Примитив отличается не меньшим объемом накопленного опыта, но иным (естественным) способом его накопления. С примитивностью можно бороться, создавая новые культурные орудия, пользование которыми приобщит ребенка к культуре. Шрифт Л. Брайля, дактилология суть сильнейшие средства преодоления примитивности. Мы знаем, как часто у слабоумных детей встречается не только нормальная, но и повышенно развитая память, однако использование ее остается почти всегда на самой низкой ступени; очевидно, одно дело степень развития памяти, другое — степень ее использования.

Первые экспериментальные исследования по использованию психологических орудий дефективным ребенком сделаны в последнее время в школе Н. Аха. Сам Ах, создавший метод для исследования функционального использования слова в качестве средства, или орудия, для выработки понятия, указал на принципиальное сходство этого процесса с процессом овладения языком у глухонемых (1932). Бахер (Bacher, 1925) применил этот метод к исследованию слабоумных (дебильных) детей и показал, что это лучшее средство качественного исследования слабоумия. Корреляция между теоретическим и практическим интеллектом оказалась невелика, и умственно отсталые дети (в степени дебильности) обнаружили гораздо лучшее пользование практическим, нежели теоретическим, интеллектом. Автор видит в этом совпадение с подобными же результатами, полученными Ахом при опытах с лицами, перенесшими мозговое ранение. Так как слабоумные *не используют* слова в качестве орудия для выработки поня-

тия, у них невозможны высшие формы интеллектуальной деятельности, основанной на пользовании абстрактными понятиями. Во время исследований Бахера выяснилось, как влияет на проведение интеллектуальной операции овладение собственной психологической деятельностью. Но это и есть проблема. Эти два способа пользования языком Штерн считает двумя различными эпохами в развитии речи. «Но затем еще раз наступает решительный поворот в развитии речи, — говорит он, — *пробуждается темное сознание значения языка и воля к его завоеванию*». Ребенок делает важнейшее в своей жизни открытие, что *«каждая вещь имеет название»* (там же), что *слово есть знак*, т. е. средство называния и сообщения. Вот этого *полного*, сознательного, волевого пользования речью не достигает, видимо, слабоумный ребенок, и уже вследствие этого высшая интеллектуальная деятельность остается для него закрытой. Ф. Римат с полным основанием избрал этот же метод как тест при испытании умственной одаренности: умение и неумение пользоваться словом есть решающий критерий для интеллектуального развития (Rimat F., 1925). Судьба всего культурного развития зависит от того, делает ли ребенок для себя то открытие, о котором говорит Штерн, или нет, т. е. овладевает или не овладевает ребенок словом как основным психологическим орудием.

Буквально то же самое обнаруживают исследования детей-примитивов. «Чем непохожи дерево и бревно?» — спрашивает Петрова такого ребенка. «Дерево не видал, ей-богу, не видал... Деревя не знаю. Ей-богу, не видал...» (Перед окном растет липа.) На вопрос с указанием на липу: «А это что?» — ответ: «Это липа». Примитивный ответ, в духе тех примитивных народов, на языке которых нет слова «дерево», слишком абстрактного для конкретной психики мальчика. Малыш прав: *деревя* никто из нас не видел; мы видели березу, липу, сосну и т. п., т. е. конкретно роды деревьев» (Петрова А. Е., 1925). Или другой пример. Девочку «с двумя языками» спрашивают: «В одной школе некоторые дети хорошо пишут, а некоторые хорошо рисуют. Все ли дети в этой школе хорошо пишут и рисуют?» — «Откуда я знаю? Что я не видела своими глазами, то я не могу объяснить, если бы я видела своими глазами...» (примитивная

зрительная реакция). Девочке 9 лет, она вполне нормальна, но примитивна. Она обнаруживает полное неумение *пользоваться* словом как средством решения умственной задачи, хотя она *говорит*, т. е. умеет пользоваться словом как средством сообщения. Она может объяснить только то, что видела своими глазами. Так же точно и дебильный ребенок заключает от конкретного к конкретному. Его неспособность к высшим формам абстрактного мышления не есть прямое следствие его интеллектуального дефекта, он вполне способен к логическому мышлению в других формах, к практически интеллектуальным операциям и т. д. Он лишь не овладел словом как орудием абстрактного мышления: эта неспособность есть следствие и симптом его примитивности, но не его слабоумия.

Крюнегель (Krünegel M., 1926) со всей справедливостью указывает, что основная аксиома Г. Кершенштейнера не применима к культурному развитию слабоумного ребенка. Аксиома гласит, что в основе культурного развития лежит конгруэнтность той или иной культурной формы и психологической структуры личности ребенка: духовная структура культурной формы полностью или частично должна быть адекватна духовной структуре индивидуальности (Kerschesteiner G., 1924). Основным актом культурного развития дефективного ребенка является инадекватность, инконгруэнтность его психологической структуры со структурой культурных форм. Остается создавать особые культурные орудия, приспособленные к психологической структуре такого ребенка, или овладевать общими культурными формами при помощи особых педагогических приемов, *потому что важнейшее и решающее условие культурного развития — именно умение пользоваться психологическими орудиями — у таких детей сохранено*, их культурное развитие поэтому может пойти иным путем, оно принципиально вполне возможно. В. Элиасберг справедливо видит в употреблении искусственных средств (*Hilfer*), направленных на преодоление дефекта, дифференциальный симптом, позволяющий отличить слабоумие (*demenz*) от афазии (Eliasberg W., 1925). Употребление психологических орудий есть действительно самое существенное в культурном поведении человека. Оно отсутствует только у слабоумных.

7

Важнейшие проблемы современной дефектологии, намеченные выше, взяты нами в теоретическом разрезе. Это объясняется тем, что теоретическая постановка проблемы позволяет в наиболее общем и чистом виде, в наиболее полной и четкой форме представить самую суть, ядро вопроса. Но на деле каждая из проблем обрастает рядом практически-педагогических и конкретно-методических вопросов, или, точнее, сводится к ряду отдельных, конкретных вопросов. Чтобы развернуть эти ряды, потребовалось бы особое обсуждение каждого вопроса. Ограничиваясь самой общей постановкой проблем, мы сжато укажем на наличие конкретных, практических задач в каждой проблеме. Так, проблема моторной одаренности и недостаточности непосредственно связана с вопросами физического воспитания, трудового и профессионального обучения дефективных детей. Проблема практического интеллекта так же тесно связана с трудовой подготовкой, с практически жизненной установкой всего обучения. Проблема культурного развития включает в себя все главнейшие вопросы школьного обучения, в частности волнующая дефектологов проблема аналитического и синтетического методов обучения глухонемых речи ставится как вопрос: следует ли детям механически прививать простейшие элементы речевых навыков, как воспитывают чисто двигательные умения, или следует детей прежде всего учить умению пользоваться речью, функциональному употреблению слов как «интеллектуальных орудий», по выражению Д. Дьюи. Проблема компенсации в развитии дефективного ребенка и проблема социальной обусловленности этого развития включает в себя все проблемы организации детского коллектива, детского движения, общественно-политического воспитания, формирования личности и т. д.

Наше изложение основных проблем дефективности было бы не закончено в самом существенном пункте, если бы мы не попытались наметить основную линию практической дефектологии, которая с неизбежностью вытекает из такой постановки теоретических проблем. В полном соотношении с тем, что в теоретической области мы обозначили как переход от

количественной к качественной концепции дефективности, главной чертой современной практической дефектологии является постановка положительных задач, стоящих перед специальной школой. Нельзя более довольствоваться в специальной школе просто сокращенной программой общей школы и ее облегченными и упрощенными методами. Специальная школа стоит перед задачей положительного творчества, создания своих форм работы, отвечающих своеобразию ее воспитанников. Никто из писавших у нас по этому вопросу не выразил более четко эту мысль, чем А. С. Грибоедов, как мы уже отмечали. Если мы отказываемся от представления о дефективном ребенке как об уменьшенном подобии нормального, мы неизбежно должны отказаться и от понятия специальной школы как удлинненной по времени и сокращенной по учебному материалу общей школы. Конечно, чрезвычайно важно установить с наивозможной точностью количественные отличия дефективного ребенка, но на этом нельзя остановиться. Мы узнаем, например, из современных массовых наблюдений над умственно отсталыми детьми, что эти дети с меньшей окружностью черепа, меньшего роста, с меньшей емкостью груди и мышечной силой, с пониженной моторной одаренностью, пониженной сопротивляемостью неблагоприятным воздействиям, повышенной утомляемостью и истощаемостью, с замедленными ассоциациями, пониженным вниманием и памятью, пониженной способностью к волевому усилию и т. д. (Грибоедов А. С., 1926). Но мы ничего еще не узнаем о положительных особенностях, о своеобразии ребенка; такие исследования — дело будущего. Характеризовать такого ребенка как задержанного в физическом и психическом развитии, ослабленного и т. д. — верно только наполовину, потому что отрицательной характеристикой несколько не исчерпывается положительное своеобразие этого ребенка. Отсутствие положительного материала есть не частная вина того или иного исследователя, а общая беда всей дефектологии, которая только перестраивает свои принципиальные основы и тем самым дает новое направление педологическому исследованию. Во всяком случае, основной вывод Грибоедова вполне точно формулирует его воззрение: «Изучая педологию отсталого ребен-

ка, мы видим ясно, что отличие его от нормального — не только количественное, но и качественное и что он, следовательно, *нуждается не в более длительном пребывании в школе, не в нахождении только в классах с наименьшим числом детей и не в соединении с себе подобными по уровню и темпу психического развития, а в специальной школе, со своей программой, со своей особой методикой, со своим бытом и со своим специальным педагогическим персоналом*».

В такой постановке вопроса есть, однако, серьезная опасность. Подобно тому как в области теоретической было бы ошибкой абсолютизировать своеобразие типа развития ребенка с тем или иным дефектом и забывать, что пределы этому своеобразию положены социальной обусловленностью такого развития, так же точно неверно забывать о том, что границы своеобразия специальной школы лежат в общности социальных целей и задач общей и специальной школ. Ведь, как уже сказано, дети с дефектом не создают «особенной породы людей», по выражению К. Бюрклена, но при всем своеобразии развития обнаруживают тенденцию приближения к определенному нормальному социальному типу. И вот в этом приближении школа должна сыграть решающую роль. Специальная школа может ставить себе общую цель: ведь ее воспитанники будут жить и действовать не в качестве «особенной породы людей», а в качестве рабочих, ремесленников и т. п., т. е. определенных социальных единиц. *Именно общность цели при своеобразии средств достижения этой цели составляет величайшую трудность и глубочайшее своеобразие специальной школы и всей практической дефектологии*, как общность конечной точки при своеобразии развития составляет величайшую особенность дефективного ребенка. Если бы особые средства (специальная школа) применялись для особых целей, в этом не было бы ничего, заслуживающего названия проблемы; все дело в видимом противоречии особых средств, применяемых для достижения *тех же* целей, которые ставит себе и общая школа. Это противоречие действительно только видимое: *именно для того, чтобы дефективный ребенок мог достичь того же, что и нормальный, следует применять совершенно особые средства*.

«Цель единой трудовой школы создать строителя новой жизни на коммунистических началах, — говорит Грибоедов. — Цель вспомогательной школы такой быть не может, так как умственно отсталый, хотя бы и получивший образование и приспособленный относительно к обществу, его окружающему, и вооруженный средством для борьбы за свое существование, не может быть строителем, творцом новой жизни, от него требуется лишь не мешать строить другим». Такая постановка практической проблемы лечебной педагогики представляется нам несостоятельной с социально-педагогической и психологической точек зрения.

В самом деле, может ли педагогика на такой чисто негативной задаче поставить свою работу («не мешать строить другим»)? Подобные задачи решаются не посредством педагогики, а совсем другими средствами. Никакое воспитание, не ставящее себе определенных общественно-положительных задач, невозможно, в то же время нельзя признать, что кончивший вспомогательную школу ребенок должен ограничить свою роль в общественной жизни подобным невмешательством. По данным, приводимым самим же Грибоедовым (1926), свыше 90 % умственно отсталых детей, получивших образование, работоспособны и заняты ремесленным, индустриальным и сельскохозяйственным трудом. Разве быть сознательным трудящимся — рабочим, сельским тружеником, ремесленником — не значит быть строителем, творцом новой жизни? Ведь это строительство надо понимать как общественное, коллективное строительство, в котором участвует в меру своих сил каждый трудящийся. Данные германской и американской статистики трудового устройства умственно отсталых говорят о том, что окончившие вспомогательную школу могут быть строителями, а вовсе не обречены на роль «не мешать строить другим». Со стороны психологической также неверно отрицать наличие творческих процессов у умственно отсталого ребенка. Не по продуктивности, но по интенсивности протекания эти процессы часто выше у слабоумного ребенка, чем у нормального. Чтобы достигнуть того же, что и нормальный ребенок, слабоумный должен проявить больше творчества. Напри-

мер, овладение четырьмя арифметическими действиями есть более творческий процесс для умственно отсталого, чем для нормального школьника. Грибоедов с сочувствием приводит мнение Крюнегеля о лечебной педагогике, которая сводится главным образом к 1) упражнению остаточных психических функций и 2) к развитию замещающих функций. Но ведь это и значит основывать педагогику на принципе компенсации, т. е. творческого развития. В этом взгляде сказывается переоценка болезни в общем типе развития умственно отсталого ребенка. «Лечебный фактор должен пропитывать и налагать свой отпечаток на всю работу школы», — требует Грибоедов в полном согласии с общим взглядом на умственно отсталого ребенка как на *больного*.

Еще Г. Я. Трошин предостерегал против воззрения, которое «в ненормальных детях видит только болезнь, забывая, что в них, кроме болезни, есть еще нормальная психическая жизнь» (1915). Поэтому нам представляется более верным положение, выдвинутое в программах вспомогательной школы Наркомпроса: «Общие цели и задачи, стоящие перед единой трудовой школой, являются вместе с тем целями и задачами вспомогательной школы» (Программы вспомогательной школы, 1927). Само построение программы на основе программ ГУСа для общей школы является выражением основной цели школы — возможное приближение умственно отсталого ребенка к норме; строить план вспомогательной школы «вне зависимости от плана единой трудовой школы», как требует Грибоедов, — значит по существу выключить практику лечебной педагогики из общего круга социального воспитания. Ведь и заграничная школа приходит к идее комплекса, как указывает сам Грибоедов. «Урок с носовым платком» Р. Гюртлера является комплексом случайным и примитивным, между тем как в основу комплекса ГУСа положено «отражение связей между основными жизненными явлениями (природа, труд, общество)» (Программы вспомогательной школы, 1927).

Умственно отсталый ребенок *более, нежели нормальный*, нуждается во вскрытии этих связей в процессе школьного обучения. То обстоятельство, что этот комплекс труднее ком-

плекса «носового платка», — его программное положительное достоинство, ибо ставить преодолимые трудности и значит осуществлять творческие задачи воспитания по отношению к развитию. Мы считаем симптоматичным и глубоко справедливым выступление Элиасберга, так много поработавшего над проблемой психологии и патологии абстракции, *против* исключительного господства наглядности во вспомогательной школе. Именно потому, что умственно отсталый ребенок так зависим в своем опыте от наглядных, конкретных впечатлений и так мало развивает предоставленный сам себе абстрактное мышление, школа должна освободить его от обилия наглядности, служащей помехой развитию отвлеченного мышления, и воспитывать эти процессы. Иначе говоря, школа должна не только применяться к недостаткам такого ребенка, но и бороться с ними, преодолевать их. В этом заключается третья основная черта практической проблемы дефектологии: помимо общности целей, стоящих перед нормальной и специальной школой, помимо особенности и своеобразия применяемых в специальной школе средств, творческий характер всей школы, делающий эту школу школой социальной компенсации, социального воспитания, а не «школой слабоумных», заставляющий ее не приспособливаться к дефекту, но побеждать его, входит как необходимый момент проблемы практической дефектологии. Вот те три точки, которые определяют весь круг практической дефектологии.

Как сказано, мы ограничиваемся здесь постановкой проблем в самой общей форме. Мы указали, что это проблемы, к разрешению которых дефектология только начинает приступать, обращены к будущему больше, нежели к прошлому и настоящему нашей науки. Мы стремились показать, что дефектология изучает развитие, у которого есть свои законы, свой темп, свои циклы, свои диспропорции, свои метаморфозы, свое перемещение центров, свои структуры; что это есть особая и относительно самостоятельная область знания о глубоко своеобразном предмете. В области практической, в области воспитания, как стремились мы показать, дефектология стоит перед задачами, разрешение которых требует творческой работы, создания особых форм. Для разрешения тех и дру-

гих проблем дефектологии необходимо найти прочный фундамент и для теории, и для практики. Чтобы не строить на песке, чтобы избежать эклектического и поверхностного эмпиризма, который отличал ее в прошлом, чтобы перейти к творчески положительной педагогике от больнично-лекарственной, дефектология должна опереться на философский диалектико-материалистический фундамент, на котором строится наша общая педагогика, и на фундамент социальный, на котором строится наше социальное воспитание. Это и есть проблема нашей дефектологии.

А. Р. Лурия

ДЕФЕКТОЛОГИЯ И ПСИХОЛОГИЯ¹

Положения, которые мы старались развить, дают нам возможность подойти с совсем новых точек зрения к тем детям, которых их физические недостатки поставили в особо невыгодные условия, к тем, которые зовутся физически дефективными.

Изучая физически дефективных, психологи пытались обычно ответить на вопросы: в какой степени повреждена их психика и что именно осталось у них из обычного инвентаря здорового ребенка? Эти психологи ограничивались обычно «отрицательной характеристикой» физически дефективного, и они были частично правы, поскольку речь шла об изучении судьбы тех функций, с которыми рождается ребенок на свет

¹ Печатается по изд.: *Выготский Л. С., Лурия А. Р. Этюды по истории поведения: Обезьяна. Примитив. Ребенок.* — М.: Педагогика-Пресс, 1993. — С. 205–211. Книга классиков современной психологии Л. С. Выготского и А. Р. Лурия раскрывает основные положения теории культурно-исторического развития психики. С привлечением широкого материала из областей сравнительной психологии, этнопсихологии и генетической психологии авторы в яркой форме обсуждают три различных пути развития, из которых складывается история поведения человека.

и которые у физически дефективного — слепого, глухонемого — оказываются пострадавшими.

Но оставаться на почве такой «отрицательной характеристики», конечно, нельзя: это значило бы пропустить самое существенное, пропустить то, что для психолога представляется особенно интересным. Рядом с «отрицательной характеристикой» дефективного нужно создать и его «положительную характеристику».

В самом деле, слепой или глухонемой не мог бы жить, если бы он чем-нибудь не возместил те недостатки, которые у него имеются. С своим физическим дефектом он оказался бы слишком неприспособленным. И вот вступает в свои права особый и своеобразный механизм: происходит *компенсация дефекта*. В процессе опыта ребенок учится возмещать свои природные недостатки; на базе дефектного натурального поведения возникают культурные приемы и навыки, покрывающие, компенсирующие дефект и дающие возможность справиться с недоступными задачами новыми, другими путями. Дефективное натуральное поведение обрастает компенсированным культурным, создается определенная «культура дефекта» — физически дефективный получает кроме своей отрицательной характеристики еще и характеристику положительную.

Ее-то, по нашему мнению, и должен главным образом изучать психолог. В последнее время благодаря целому ряду работ картина этой «положительной характеристики» дефективности и ее основные механизмы начинают становиться все более и более ясными для нас.

Еще в 1905 г. немецкий психолог А. Адлер (Alf. Adler) положил основу своеобразному учению о личности, которое мы только теперь начинаем достаточно объективно осмыслять и отдельные стороны которого много поясняют нам в развитии психики и поведения физического дефективного ребенка.

Внимание Адлера, тогда еще врача, имеющего дело с заболеваниями внутренних органов, было привлечено тем фактом, что больные, страдавшие серьезным дефектом какого-нибудь органа, все же каким-нибудь образом справлялись с этим недостатком. Известный факт, что при заболевании одного из парных органов (легкие, почки, наконец, руки) функцию его

берет на себя другой «викарирующий» орган, явился наиболее простым случаем, подтвердившим это наблюдение.¹

Однако огромное число случаев протекает по значительно более сложной схеме. Ведь многие из органов нашего тела непарны, многие же поражаются нацело, и вся их функция целиком оказывается задетой. Это последнее бывает особенно в тех случаях, когда функция органа не выпадает целиком, а оказывается лишь врожденно ослабленной. Так, мы имеем часто врожденную слабость зрения и слуха, врожденный дефект речевого аппарата (слабость голосовых связок, косноязычие и т. п.), врожденные дефекты мышечной, половой, нервной и т. п. систем.

И однако, как показал Адлер, люди не только справляются с этими дефектами, возмещая врожденные недостатки, но часто даже «сверхкомпенсируют» их; люди со слабым от природы слухом становятся музыкантами, люди с дефектами зрения — художниками, а люди с дефектами речи — ораторами. Преодоление дефекта может идти как у Демосфена, который из косноязычного человека сделался известным оратором, многократно возместив природные недостатки.

Каким же путем происходит эта сверхкомпенсация?

Основным механизмом компенсации и сверхкомпенсации дефекта оказывается, видимо, то, что дефект становится в центр внимания индивида и над ним создается известная «психологическая надстройка», пытающаяся компенсировать природный недостаток настойчивостью, упражнением и прежде всего известной культурой использования этой дефектной функции (если она слаба) или других замещающих функций (если эта совсем отсутствует). Природный дефект организует психику, аранжирует ее таким образом, чтобы была возможна максимальная компенсация, и, что самое важное, воспитывает огромную настойчивость в упражнении и развитии всего, что может компенсировать данный дефект. В результате получает-

¹ В ряде работ установлен факт, что такое «замещение» может иметь место и в отношении мозговых полушарий. При повреждении центров речи левого полушария функция речи может восстановиться за счет развития данной функции в правом полушарии. Естественно, что это проходит со значительно большими трудностями, так как здесь простого «переключения» явно недостаточно.

ся своеобразная, неожиданная картина: человек со слабым зрением, которое не дает ему сравняться с другими, делает его неполноценным, ставит этот дефект в центр своего внимания, направляет на него свою нервно-психическую деятельность, развивает особое умение максимально пользоваться теми данными зрения, которые он получает, — и становится человеком, у которого зрение стоит в центре его работы, — художником, графиком и т. п. Мы знаем в истории множество таких полуслепых художников, музыкантов с органическими дефектами слуха, глухнувших, как Бетховен, к концу своей жизни, великих актеров со слабым голосом и плохой дикцией. Все эти люди сумели преодолеть природные дефекты, аранжировали свою психику так, что стали большими людьми именно в той области, на пути к которой у них лежало больше всего препятствий. Оказалось, что дефект, который прежде всего снижал психику, делал ее слабой и уязвимой, может служить стимулом к ее развитию, может и поднимать ее, делать более сильной.

С этой динамической точки зрения физически дефективный получает не только свой отрицательный паспорт, но и свою положительную характеристику.

Спросим себя, однако, в чем же именно состоит механизм такой компенсации дефекта? Является ли он простым механизмом перемещений функции, как это бывает при заболевании одного из парных органов?

Один факт толкает нас на правильное решение этого вопроса, и этот факт дает нам психология слепых.

Уже давно психологи, изучавшие жизнь слепых, интересовались вопросом: как именно слепой компенсирует свой природный недостаток? Создавались целые легенды о том, как тонко осязание слепых, какой необычно тонкий слух они имеют; говорили о том, что у них развивается новое, необычайно тонко работающее «шестое чувство», однако точный эксперимент дал неожиданные результаты: оказалось, что ни слух, ни осязание, ни другие органы чувств слепого не представляют какого-нибудь исключительного явления, что они развиты ничуть не лучше, чем у обычного зрячего человека.¹ Но вмес-

¹ См.: *Burklen K. Blindenpsychologie. Leipzig, 1924.*

те с тем ни для кого не секрет, что слепой достигает в области слуха, осязания и т. п. значительно лучших результатов, чем зрячий.

Разрешение этого будто бы противоречивого положения большинство авторов, изучавших слепого, видят в том, что, имея одинаково со зрячими развитые органы чувств, слепой вырабатывает в себе умение пользоваться ими, далеко превосходящее умение зрячих. Те слуховые и осязательные ощущения, которые у зрячего при доминирующем зрении лежат без движения, у слепого мобилизуются и используются с необычайной полнотой и тонкостью. Удивительное развитие слуха, осязания и т. п. у слепых не есть результат врожденной или приобретенной физиологической тонкости этих рецепторов, а является продуктом «культуры слепого», результатом умения культурно использовать оставшиеся рецепторы и этим компенсировать природный недостаток.

Мы можем сказать, что слепые часто обладают десятками выработанных навыков и приемов, которых мы не можем заметить у зрячих. Достаточно присмотреться к точности и ловкости в движениях, которые часто проявляются слепыми, необычайно тонкому анализу, которому они подвергают ощущения, приносимые им прикосновениями и слухом, чтобы понять те пути, которые позволяют им компенсировать хоть отчасти их природную неприспособленность. Слух и осязание становятся в центре внимания слепого; под его контролем вырабатывается ряд приемов для их максимального использования — это приемы как бы вращаются в самую функцию восприятия слепого, памяти, мышления и перестраивают эти последние. В результате такого процесса мы получаем слепых, которые с помощью шрифта Брайля быстро читают текст, которые разбирают географические карты и которые своими путями оказываются в состоянии стать полноценными членами общества. Достаточно вспомнить известную всем историю Елены Келлер, слепоглухонемой от рождения и достигшей, однако, высоких степеней образованности, чтобы понять, что рациональное воздействие, приобщение к культурным приемам может перестроить психику, даже выросшую на особо неблагоприятной почве физической дефективности.

Близкий к этому круг «культурных надстроек» мы встречаем и при других видах физических дефектов. Мы видим часто, как та или иная функция при наличии определенного врожденного дефекта начинает исполнять совершенно иную, новую роль, становясь орудием, компенсирующим наличный недостаток. Так, мы знаем, что при глухонемоте мимика начинает приобретать совершенно новую для нее функцию. Она перестает быть простым путем выражения эмоций, она становится важнейшим коммуникативным средством, пока новые, более совершенные приемы — чтения с пальцев или с губ — не заменяют этот наиболее примитивный аппарат выражения и связи.¹

Больше того, на этом примере мы можем убедиться, насколько каждое из применяемых глухонемым «орудий» совершенствуется, развивает и изменяет его психику. Можно с уверенностью утверждать, что каждому из употребляемых приемов соответствует особая психологическая структура. Совершенно понятно, что у глухонемого, пользующегося для разговоров со своими сверстниками исключительно языком мимики, очень небольшие возможности для контакта, для обмена опытом и сведениями, а следовательно, очень небольшие возможности и для дальнейшего развития и совершенствования интеллекта. Насколько эти возможности развиваются, когда он переходит к языку знаков, который дает возможность передать любое слово, любую комбинацию звуков! Как необычно расширяется его психологический инвентарь! Какой огромный стимул получает развитие его интеллекта, обогатившись не только значительным числом новых понятий, но — главное — новым и значительно более совершенным методом контакта с людьми! Наконец, быть может, столь же важный скачок делает развитие глухонемого, когда он научается чтению с губ, а отсюда и обычной речи, которой он пользуется часто в совершенстве, хотя сам и не слышит ее. Овладев этим «орудием», глухонемой включает себя в среду нормальных,

¹ Интересно, что все указанные виды речи сохраняются часто у глухонемых и употребляются для различных способов передачи материала: так, в общении со взрослыми глухонемые дети чаще всего употребляют чтение с пальцев и губ, в общении друг с другом и в выражении эмоциональных переживаний преобладающую роль играет мимическая речь.

слышащих и говорящих людей. Он получает возможность вступить в разговор с каждым, понять каждого. Не говоря уже об огромном психотерапевтическом значении этого завоевания, выводящего его из замкнутости, меняющего всю его личность, делающего его социально полноценным, такое включение его в широкую социальную среду сразу же раскрывает новые возможности перед его интеллектом. Конечно, в интеллектуальном отношении глухонемого, владеющего умением читать с губ, навряд ли можно сравнить с тем примитивным существом, которое пользуется для связи со средой лишь несовершенными орудиями мимики и нечленораздельных звуков.

Еще один простой пример, иллюстрирующий, как физические дефекты могут компенсироваться искусственными средствами. Мы имеем в виду многочисленные во время войны случаи ранения и ампутации конечностей.

Все эти случаи характерны тем, что в них человек внезапно выбивался из строя, лишаясь конечности, и восстанавливал свою полноценность лишь с помощью искусственной конечности — протеза. Приучение пользоваться протезом вместо руки или ноги в существенном перестраивало характер поведения такого субъекта, и выросшая за время войны «психология протеза» указала на ряд особенностей в пользовании этими искусственными руками и ногами.

Шрифт Брайля, чтение с пальцев и губ у глухонемых, протезы — все это становится предметом психологии наряду с такими процессами, как инстинкты, навыки, внимание и аффект. С переходом к истории человеческого поведения, к изучению его культурных форм такое расширение становится обязательным.

В. Джемс указал в одном месте, что личность человека кончается не кончиком его пальцев, а носком его ботинка, и что ботинки, шляпа, одежда так же входят в состав личности, как голова, волосы, ногти.

Это положение совершенно неоспоримо, если мы решим изучать и культурные формы поведения личности. Понятие культурной личности кончается за пределами организма, и изучение культурных привычек и одежды дает нам ценнейшие материалы к пониманию человеческого поведения.

Вся история одежды и моды говорит нам о том, что одной из существенных задач их было всегда оттенить нужные стороны фигуры, скрыть физические недостатки и — где нужно — компенсировать их. Стоит только немного просмотреть мемуары XVI–XVII вв., чтобы найти целый ряд примеров такого происхождения мод и отдельных частей туалета. Брыжи на рукавах вводятся при дворе для того, чтобы скрыть некрасивые руки; дамские повязки, в начале XIX в. бывшие в моде, облежавшие шею, были введены законодательницей мод, которая должна была скрыть уродливый шрам на шее. Чтобы увеличить рост, употребляются высокие каблуки, и уродливые ноги скрываются длинными платьями. Худоба и недостаточное развитие форм компенсируются корсетами, турнюрами, холстинками и т. п. (особенно развитыми в модах позднего Средневековья и Ренессанса). Трудно было бы перечислить все те случаи, когда физические дефекты компенсировались «стратегией костюма», когда этот последний организованно применялся как дополнение и исправление личности. Достаточно вспомнить все военные костюмы, увеличивающие рост, фигуру и придающие устрашающий, грозный вид, костюмы, начиная от боевого наряда индейцев до современных военных форм, чтобы убедиться, что одежда действительно может составлять как бы часть личности и организуется зачастую общей ее установкой.

Мы не можем пройти мимо еще одного внешнего приема, применявшегося с успехом в модах XVIII–XIX вв., для компенсации недостатков и для того, чтобы организовать внимание, отвлечь его от одной части тела и направить на другую. Мы имеем в виду мушки, которыми пользовались модницы прошлых веков и которые служили великолепным искусственным приемом для того, чтобы соответствующим образом организовать внимание.

Все перечисленные нами приемы сводятся к внешним орудиям для компенсации недостатков. Чтобы быть логичным, следует упомянуть, что их дополняют и внутренние приемы компенсации. То, что мы уже упоминали о формации черт характера, относится именно сюда. Компенсация природной

слабости необычайно громкой речью, вызывающим поведением, грубостью является обычной вещью и служит источником целого ряда характерных свойств у трудного ребенка, хулигана и т. п. Мы знаем, что необычайно жестокие с виду люди при ближайшем рассмотрении оказываются очень мягкими и их жестокость — лишь компенсирующая маска, а слабование часто компенсируется упрямством.

Физические недостатки, так же как и отдельные психические дефекты, часто компенсируются не только внешними приемами, но и организацией, ориентировкой характера всей личности.

Дефект не может рассматриваться нами как нечто статическое, раз навсегда закрепленное; он динамически организует целый ряд приемов, которые могут не только ослабить его значение, но иногда и компенсировать (и сверхкомпенсировать) его. Дефект может явиться могучим стимулом к культурной реорганизации личности, и психологу нужно лишь уметь различить возможности его компенсации и воспользоваться ими.

Т. Я. Сафонова, А. Д. Фролова

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ¹

Показатели состояния здоровья детей относятся к числу важнейших характеристик, определяющих положение детей в обществе, а негативные тенденции в области здоровья — бесспорное свидетельство социального неблагополучия.

¹ Печатается по изд.: О положении детей в Российской Федерации. 1994 г. Государственный доклад. — М.: Синергия, 1995. — С. 20–25. Настоящий доклад подготовлен в соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 23 августа 1993 г. «О реализации Конвенции ООН о правах ребенка и Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей». Доклад носит периодический характер, и его нынешний, второй, выпуск содержит анализ основных показателей состояния здоровья детей в Российской Федерации в 1994 г.

Особого внимания требует динамика детской смертности.

В 1994 г. отмечается снижение показателя младенческой смертности до 18,6 на 1000 родившихся живыми (1993 г. — 19,9).

В структуре причин смерти, как и в прежние годы, ведущее место занимают состояния, возникшие в перинатальном периоде (45,7 %) и врожденные аномалии развития (21,8 %); 13,2 % младенцев умерло от заболеваний органов дыхания, 6,6 % — от инфекций и 5,1 % — от травм и несчастных случаев.

Перинатальная смертность снизилась с 17,4 на 1000 младенцев, родившихся живыми и мертвыми, в 1993 г. до 17 в 1994 г. за счет снижения ранней неонатальной смертности.

Растет смертность вне лечебного учреждения детей до года, что обусловлено прежде всего ухудшением первичной медико-санитарной помощи, несвоевременной госпитализацией, а также увеличением миграции и числа социально неустроенных семей.

Общая смертность детей в возрасте 0–14 лет сохраняет тенденцию к снижению — в 1993 г. ее уровень понизился на 7,6 % в сравнении с 1990 г. Однако смертность в возрастной группе до 5 лет возросла на 8,1 % с 1992 г. и составила в 1994 г. 4 на 1000 человек соответствующего возраста.

Смертность детей в возрасте 10–14 лет осталась на прежнем уровне, но среди причин, приводящих к смерти, увеличилась доля неестественных причин. Смертность подростков 15–19 лет проявляет тенденцию к постепенному повышению. Она определяется в основном травмами и алкоголизмом.

Анализ смертности детей всех возрастных групп и подростков от травм, отравлений и несчастных случаев свидетельствует о нарастании негативных явлений в обществе, приводящих к безнадзорности детей, приобщению их к асоциальному образу жизни, к стрессовым состояниям различного происхождения, вследствие чего дети оказываются в опасных для их жизни ситуациях, приходят к решению уйти из жизни.

В 1994 г. заболеваемость новорожденных с массой тела 1000 г и более выросла на 12 % — в основном за счет врожденных пороков развития и отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде.

Среди детей в возрасте до 14 лет отмечается рост заболеваемости по всем классам заболеваний (кроме болезней органов дыхания и пищеварения) — в среднем по каждому классу на 10–12 %. Зарегистрировано значительное увеличение нарушений иммунитета (на 30 %), заболеваемости ревматизмом в активной фазе (в 2,5 раза), язвой желудка (на 36 %) и мочекаменной болезнью почек (на 17 %), нефритом с нефротическим компонентом и бронхиальной астмой (на 23 и 15 %) и некоторыми другими болезнями. Эта статистика подтверждает тот факт, что патологии детского возраста приобретают хронический характер, свидетельствует о нарушении аутоиммунных процессов, о подверженности детского населения аллергиям, отражает агрессивное воздействие на детей экологических факторов, стрессовых нагрузок. Кроме того, это связано и со снижением качества диагностики.

В 1994 г. сохраняется неблагополучие и в области инфекционной заболеваемости среди детей: заболеваемость дифтерией увеличилась в 2,9 раза.

Несмотря на активизацию работы по профилактической вакцинации, она еще не достигла того уровня, при котором приобретает коллективный иммунитет. Заболеваемость коклюшем выросла в 1,2 раза, краснухой — в 2 раза. В то же время успешное проведение вакцинации против кори позволило снизить заболеваемость детей этой болезнью на 59 %.

Сохраняется тенденция к повышению заболеваемости детей дизентерией (на 10,5 %). Заболеваемость брюшным тифом снизилась на 62 %.

Продолжается рост социально значимых заболеваний детей. Заболеваемость детей туберкулезом увеличилась на 11,5 % в среднем по России. За 1994 г. заболеваемость сифилисом выросла в 2,7 раза, гонореей — на 3 %, чесоткой — в 1,8 раза. Следует отметить, что на 7,3 % снизилась пораженность детей педикулезом.

В 1994 г. впервые выявлено 2 ВИЧ-инфицированных и 2 заболевших СПИДом ребенка. Всего на 1.01.95 зарегистрировано 277 ВИЧ-инфицированных и 94 заболевших СПИДом детей, из которых умерли соответственно 70 и 60 детей.

В 1990-е гг. проявилась устойчивая тенденция к уменьшению числа детей-дошкольников с нормальным физическим

развитием. Состояние здоровья детей дошкольного возраста за последнее десятилетие ухудшилось: по данным НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей, подростков и молодежи Госкомсанэпиднадзора России, в 1994 г. численность абсолютно здоровых сократилась до 15,1 %. Количество детей, имеющих функциональные отклонения, возросло до 67,6 %, а детей с хроническими заболеваниями — до 17,3 %.

Ведущее место по распространенности среди детей 4–7 лет занимают болезни костно-мышечной системы, органов дыхания, болезни кожи, болезни эндокринной системы. Уже в дошкольном периоде жизни у мальчиков отмечается менее благоприятная картина состояния здоровья по сравнению с девочками.

Слабое состояние здоровья у 6-летних учащихся неблагоприятным образом сказывается на процессе их адаптации к учебным нагрузкам и школьному режиму. У каждого четвертого учащегося, имевшего в 6-летнем возрасте хронические заболевания, тяжело протекает адаптация к обучению в школе, что в свою очередь проявляется в резком ухудшении соматического и нервно-психического здоровья, нарастающих трудностях обучения.

На всей территории Российской Федерации отмечается отчетливая тенденция ухудшения состояния здоровья школьников. По данным Госкомсанэпиднадзора России, лишь 10 % выпускников школ могут считаться абсолютно здоровыми, среди них девушек в 5 раз меньше, чем юношей, у 40–45 % имеются морфофункциональные отклонения и 40–45 % приобрели хроническую патологию. Число девушек с хроническими заболеваниями к моменту окончания школы составило 75 % против 35,3 % у юношей. На лидирующее место в структуре патологии школьников выдвигаются болезни органов пищеварения (53 %); за последние 10–15 лет их частота повысилась у школьников 1-х классов в 20 раз и у школьников 10-х классов — в 7,5 раза.

Уже в детском и подростковом возрасте начинаются нарушения репродуктивного здоровья: 30–40 % девушек 15–18 лет имеют различные функциональные нарушения менструальной функции, хроническая патология диагностируется у 1,5–12,2 %.

За последние 5 лет отмечается четкая тенденция к ухудшению психического здоровья детей и подростков. По данным специальных и эпидемиологических исследований, проводимых кафедрами детской психиатрии и НИИ психиатрии Российской Федерации, распространенность основных форм психических заболеваний в детском возрасте составляет 15 %, а в подростковом — 20–25 %, что в 10 раз выше цифр, которые показывает регистрация обращаемости к психиатру. Основными формами психической патологии у детей и подростков являются неврозы, психопатии, девиантное поведение.

Число абсолютно здоровых в психическом отношении школьников снижается с 30 % в 1–3-х классах до 16 % в 9-х, растет число детей с выраженными признаками нервно-психических нарушений в стадии устойчивой компенсации и субкомпенсации (если в 1-м классе число таких детей составляет 10 %, то в 8-м — 29 %).

По данным НИИ дефектологии РАО, примерно 80 % случаев систематической школьной неуспеваемости обусловлены различными состояниями интеллектуальной недостаточности, включая дебильность и так называемую задержку психического развития. Уровня школьной зрелости в 6-летнем возрасте достигают менее 50 % детей, а недоразвитие познавательных способностей отмечается у каждого 10-го ребенка школьного возраста.

Повсеместно отмечается рост числа детей-инвалидов до 16 лет, состоящих на учете в органах социальной защиты (на 01.01.95 — 398,9 тыс. человек, что на 15,7 % больше, чем на 01.01.94).

В последние годы среди подростков отмечен значительный рост распространенности так называемых «вредных привычек». Возраст начала курения снизился на 2 года и составляет в среднем 12–13 лет. На каждые 100 тыс. подростков 15–17 лет 11,4 состоят на диспансерном наблюдении по поводу алкоголизма и алкогольных психозов, 19,4 — в связи с наркоманией, 7,3 — в связи с токсикоманией (в 1993 г. соответственно 7,6; 9,4 и 7,4), 80–85 % из них — школьники и учащиеся ПТУ. Среди причин, побуждающих подростков к употреблению спиртных напитков, наиболее значимы следующие: слабо

сформированное антиалкогольное общественное мнение в России (50 %), отрицательное влияние родителей (41 %), свободный доступ к спиртному (34 %).

Современный период характеризуется широкой распространенностью рискованных форм сексуального поведения подростков при отсутствии знаний о методах контрацепции. В 1994 г. число аборт у девочек и девушек-подростков несколько снизилось, но в целом этот показатель достаточно высок (свыше 335 тыс.). Раннее начало половой жизни у девочек 13–14 лет встречается в 25–30 % случаев. Прослеживается выраженная тенденция к нарастанию числа родов и осложнений беременности и родов у женщин 15–17 лет: число детей, родившихся у матерей 15 лет и моложе, выросло с 2544 в 1990 г. до 3303 в 1994 г.

Состояние здоровья детей в значительной степени зависит от состояния здоровья родителей.

Для репродуктивного здоровья женщин в настоящее время характерен рост бесплодия, расстройств менструального цикла, заболеваний репродуктивных органов. В 1994 г. среди беременных женщин отмечается дальнейшее увеличение заболеваемости анемией — ею страдала четверть беременных женщин в 1993 г. и почти треть в 1994 г.; болезнями мочеполовой сферы — 14 %; болезнями системы кровообращения и поздними токсикозами на 10–12 %. Нормальные роды регистрируются лишь в 37,6 % случаев (1993 г. — 39,9 %). Отмечается рост случаев невынашивания беременности.

Среди 5–6-летних детей, матери которых имели отклонения в течение беременности и родов, 25 % были часто болеющими, 37–44 % состояли на учете у врачей-специалистов. В школьном возрасте при отягощенной наследственности хронизация идет интенсивнее (в 2–3 раза).

Значительное влияние на рост заболеваемости оказывают природно-климатические условия (30 %), причем 20 % приходится на загрязнение атмосферного воздуха и 10 % — на собственно климатические условия. Воздействие фактора внутри жилищной среды возрастает с 12,6 % у детей начальной школы до 20,6 % к завершению 8-го класса. Воздействие социально-гигиенических факторов снижается по мере взросле-

ния учащихся с 27,5 до 13,8 % у 8-классников. Показатели патологической пораженности изменяются слабо: от 23,3 до 20,8 % (НИИ гигиены и профилактики детей, подростков и молодежи Госкомсанэпиднадзора России).

В районах с высоким уровнем загрязнения атмосферного воздуха отмечается снижение общего количества здоровых детей (в 2,9 раза) и повышение числа детей с функциональными отклонениями (в 2,4 раза). В таких районах более чем в 2 раза снижен уровень гармоничного физического развития, в 2 раза больше детей с повышенным артериальным давлением, в 2,5 раза больше детей с анемией. Экологические факторы не только влияют непосредственно на самого ребенка, но и передаются новорожденному через его мать.

За последние годы в ряде регионов отмечается появление новой массовой формы патологии у детей, связанной с неблагоприятным воздействием окружающей среды, — желтухи новорожденных неясного происхождения.

Выявлена также зависимость здоровья детей и подростков от среды, формирующейся в учебно-воспитательных учреждениях. По данным Госкомсанэпиднадзора России, в дошкольных учреждениях наиболее остра проблема переуплотнения групп, отсутствие мебели, соответствующей размерам ребенка, что ведет к росту заболеваемости детей острыми респираторными заболеваниями, нарушением осанки у каждого 4–5-го ребенка. Вместе с тем физкультурные занятия на воздухе, закаливающие процедуры в значительной части дошкольных учреждений не проводятся.

Те же тенденции прослеживаются и в школах. На низком уровне находится состояние физического воспитания школьников: 2 урока физкультуры в неделю компенсируют лишь 12 % необходимой двигательной активности. Не внедряются «малые» формы физического воспитания (физкультурные паузы, активный отдых на переменах и т. д.). Только 20–30 % уроков физкультуры проходят на открытом воздухе.

Переход большинства школ на 5-дневную неделю существенно ухудшил гигиенические условия обучения школьников: сократилась продолжительность перемен, плотность уроков по основным предметам возросла до 87–95 % против 78–

80 % при 6-дневной учебной неделе. Следствием таких перемен стал рост острой заболеваемости школьников на протяжении учебного года в 4,6 раза по сравнению с таковой при 6-дневной неделе. При 5-дневном режиме обучения количество школьников, состояние здоровья которых ухудшилось за учебный год, составило 24 % против 15 % таких детей при 6-дневной неделе.

Неблагоприятным фактором явилось сокращение санаторно-лесных школ к началу 1994/95 учебного года (с 91 в 1993/94 учебном году до 85), в то время как потребность в таких учебных заведениях растет с каждым днем. Сеть санаториев не удовлетворяет потребности в этом виде помощи детям, материально-техническая база во многих учреждениях остается неудовлетворительной, что не только создает трудности в обеспечении лечебно-диагностического, реабилитационного процесса на современном уровне, но и затрудняет внедрение высокотехнологичных организационных и клинических форм и методов восстановительного лечения и реабилитации.

Более половины учащихся в учреждениях нетрадиционных видов обучения заканчивают учебный год с признаками сильного и выраженного переутомления, с хроническими заболеваниями; особого внимания заслуживают учащиеся начальных классов, среди которых только 9,7 % здоровы.

Введение в учебный процесс компьютерной техники также требует регламентации работы на ней. Выявлено, что двухчасовая работа на ЭВМ вызывает у студентов и школьников старших классов большее напряжение центральной нервной системы, слухового и зрительного аппарата, сердечно-сосудистой системы, чем обычные занятия той же продолжительности.

Большинство детских и акушерско-гинекологических учреждений работают в условиях дефицита лекарственных средств. В течение 1994 г. отмечено резкое подорожание отечественных лекарств — от 4,5 до 8 раз по отдельным территориям. За последний год значительно ухудшилось обеспечение населения и лечебно-профилактических учреждений лекарствами: в 1994 г. потребность в лекарственных средствах обеспечивалась за счет отечественных производителей на 35 % (в 1992 г. — на 50 %).

На обеспечение контрацептивами наиболее уязвимых групп населения (подростков, женщин групп риска, малообеспеченных граждан) выделено 34 % всех средств.

Значительная часть средств в 1994 г. направлена на укрепление материально-технической базы учреждений детства и родовспоможения.

В 1994 г. разработана и утверждена Правительством Российской Федерации Федеральная программа «Безопасное материнство», финансирование которой начато в 1995 г. в объеме 1,1 млрд рублей. Программа ориентирована на охрану здоровья женщин, снижение материнской смертности, улучшение состояния здоровья новорожденных, преодоление кризисных тенденций в воспроизводстве населения Российской Федерации.

Л. О. Бадалян

РАЗВИВАЮЩИЙСЯ МОЗГ¹

Системно-функциональная организация мозговой деятельности

Несмотря на то что каждая функциональная система и даже ее звенья имеют собственные программы развития, мозг во все периоды жизни работает как единое целое. Эта интегративность предполагает теснейшее взаимодействие различных систем и взаимную обусловленность. Отсюда вытекает одна из важнейших проблем в изучении развивающегося мозга —

¹ Печатается по изд.: Бадалян Л. О. Невропатология: Учеб. для студ. дефектол. ф-тов пед. ин-тов. — 2-е изд., перераб. — М.: Просвещение, 1986. — С. 39–47. В учебнике представлены сведения по анатомии и физиологии нервной системы, приводится описание основных болезней нервной системы и современных методов их лечения, а также освещаются проблемы связи невропатологии и дефектологии. Излагаются вопросы реабилитации детей с нарушениями нервной системы.

исследование механизмов установления межсистемных связей. Мозг остается единым в своей деятельности, но на каждом этапе это уже другой мозг, другой уровень межсистемных взаимодействий. Поэтому даже действительное знание хронологии развития отдельных функциональных систем не позволяет оценить общий уровень развития на каждом конкретном этапе жизненного пути. Представления о системно-функциональной дискретности мозга должны быть усовершенствованы пониманием межсистемной ансамблевой деятельности. Вспомним сравнение картины нервно-психического развития с группой велосипедистов с той лишь разницей, что в данной группе присутствует несколько соревнующихся команд и нас интересует тактика членов одной команды. Для достижения общекомандной победы не очень разумно, если один из спортсменов будет постоянно лидировать — у него не хватит сил. Рациональнее лидеров выдвигать из команды поочередно.

Изучение развивающегося мозга, особенно в первый год жизни, обнаруживает нечто сходное, появление новых форм реагирования сопровождается угасанием, редукцией первичных автоматизмов новорожденного. При этом оба процесса — обновление и редукция — должны быть тонко сбалансированы. Преждевременное угасание первичных автоматизмов лишает функции прочного фундамента, так как при развитии мозга принцип преемственности обязателен. В то же время слишком поздняя редукция «устаревших» форм реагирования мешает образованию новых, более сложных реакций: нервная система словно «застревает» на каком-либо уровне развития, и необходимы специальные условия, чтобы «сдвинуть» ее с мертвой точки. В норме на фоне угасания примитивной функции развивается более совершенная. Задержка угасания приводит либо к запаздыванию созревания более высокого уровня организации, либо, длительно сохраняясь, примитивная функция нарастает и препятствует более совершенной, либо, наконец, на фоне нормального темпа развития конечной функции можно отметить признаки задержки угасания примитивной.

Важная роль сбалансированности процессов редукции и обновления наиболее наглядно выступает в двигательном разви-

тии детей первого года жизни. У новорожденного имеются первичные позо-тонические автоматизмы, влияющие на мышечный тонус в зависимости от положения головы в пространстве. К концу второго — к началу третьего месяца жизни эти автоматизмы должны угасать, уступая новым формам регуляции мышечного тонуса, связанным, в частности, со способностью ребенка удерживать голову. Если этого угасания не происходит, данные позо-тонические автоматизмы следует рассматривать как аномальные, ибо они препятствуют удерживанию головы. Далее формируется целая цепочка патологических явлений: невозможность удерживать голову нарушает развитие зрительного восприятия и вестибулярного аппарата; из-за того что не происходит развития вестибулярного аппарата, не вырабатывается способность к распределению тонуса мышц, обеспечивающему акт сидения. В итоге искажается вся схема двигательного развития.

Сбалансированность процессов редукции и обновления не сводится только к тому, чтобы одни функции вовремя уступали место другим. Редукция не означает полного исчезновения автоматизмов, а подразумевает их включение в более сложные функциональные ансамбли. Поэтому если опережающее обеспечение нового функционального ансамбля достаточно основательно, то первичный автоматизм, хотя и не редуцируется полностью, все же не нарушает общей схемы развития. Иная картина наблюдается в том случае, когда запаздывание редукции сочетается с замедленным формированием новых реакций; при этом возникают реальные возможности для ненормальной гипертрофии «архаических» автоматизмов, для «застревания» на каких-то отживших способах реагирования, искаженного регулирования функций.

Таким образом, наряду с гетерохронностью развития отдельных функциональных систем и их звеньев необходима и определенная синхронность в их взаимодействиях: на каждом возрастном этапе отдельные системы должны находиться в определенной степени зрелости. Пусть эти степени различны, но различия должны быть на данный момент достаточно согласованны, иначе не произойдет полноценного слияния систем в единый ансамбль.

Критические периоды и развитие мозга

В развитии ребенка выделяют несколько периодов, имеющих специфические особенности. Эти периоды называют критическими или возрастными кризисами из-за чрезвычайной ранимости нервной системы и повышенного риска возникновения нарушения ее функции.

Наиболее ответственным является первый возрастной криз. Этот период охватывает первые два-три года жизни. Однако своеобразным критическим периодом являются роды. Они являются мощным стрессом, отражающимся на функциях всего организма и нервной системы в первую очередь. Роды — ответственный момент для всего последующего развития, в период новорожденности происходит приспособление организма новорожденного к новым условиям существования. На первом году закладываются основы психической деятельности, идет подготовка к самостоятельному хождению и овладению речью. Восприятие различных раздражителей, контакт с окружающим миром имеют для грудного ребенка огромное значение. Существует мнение, что в этот период происходит так называемое первичное обучение. В это время формируются «нейронные ансамбли», которые служат фундаментом для более сложных форм обучения. Период первичного обучения является в известном смысле критическим. Если ребенок не получает на этом этапе достаточного количества информации, заметно затрудняется дальнейшее усвоение навыков. Однако это не означает, что нужно форсировать психическое развитие ребенка.

К концу первого года или несколько позже, когда ребенок начинает делать первые самостоятельные шаги, наступает очень важный этап познания окружающей среды. В процессе передвижения ребенок знакомится со многими предметами. В результате существенно обогащаются его зрительные, осязательные и другие ощущения и восприятия. Во время передвижения он овладевает чувством трехмерности пространства. На этом этапе моторное развитие нередко связано с интеллектуальным: чем увереннее передвигается ребенок, тем у него лучше развиваются психические функции, хотя возмож-

ны и отклонения в виде диссоциации развития психических и речевых функций.

Непосредственный контакт с окружающими предметами способствует также и формированию чувства «Я», т. е. выделению себя из окружающего мира. До 2–2,5 лет ребенок, как правило, общителен, дружелюбен, легко вступает в контакт с незнакомыми, редко испытывает чувство страха. В промежутке от двух до четырех лет поведение ребенка может заметно измениться. В это время наблюдается значительное увеличение роста, сопровождающееся некоторым рассогласованием нейроэндокринной и сосудистой регуляции. В психологическом плане в этот период наблюдается достаточно выраженное чувство «Я». У ребенка, уже овладевшего фразовой речью и имеющего хотя бы небольшой собственный жизненный опыт, отмечается выраженное тяготение к самостоятельности. Одним из последствий такого стремления является не всегда понятное родителям упрямство. На данном этапе развития ребенка упрямство часто бывает реакцией на неверное, с точки зрения ребенка, поведение взрослых. Речь идет о тех случаях, когда взрослые пытаются препятствовать проявлению вполне допустимой самостоятельности.

В возрасте пяти–семи лет ребенок вступает в новый ответственный период, условно называемый дошкольным критическим периодом. В этом возрасте у ребенка хорошо развиты моторика и речь, он тонко умеет анализировать ситуацию, у него развито чувство «психологической дистанции» в отношениях со взрослыми. В то же время у него нет достаточной самокритики и достаточного самоконтроля, не выработана способность к зрительному сосредоточению. В деятельности преобладают игровые элементы.

При поступлении в школу у ребенка могут возникнуть различные отклонения, связанные с недостаточной психологической готовностью его к систематическим занятиям. Некоторые дети не могут спокойно сидеть в течение урока и сосредоточивать внимание на выполнении предложенного задания или на объясняемом учителем материале. На первых порах все это может напоминать картину умственной недостаточности, слабой сообразительности, сниженной памяти. Для определения характера подобных проявлений необходимо прове-

сти тщательное психоневрологическое обследование. В том случае, если к ребенку предъявляются чрезмерно повышенные требования, могут происходить «срывы» нервной деятельности. Результатом таких «срывов» может быть развитие неврозов. В раннем дошкольном возрасте впервые могут проявляться психопатологические состояния, корни которых уходят в период раннего детства.

В возрасте 12–16 лет подросток вступает в так называемый пубертатный критический период. В этом возрасте происходит бурный рост подростка. Моторика становится неловкой, резкой, порывистой. Возникают изменения, связанные с половым созреванием. Так, у девочек начинаются менструации. У мальчиков наблюдаются ночные поллюции (семяизвержения), связанные, как правило, со сновидениями эротического характера. Особенно большие изменения наблюдаются в поведении подростков. Они становятся непоседливыми, беспокойными, непослушными, раздражительными. Нередкое злоупотребление старших ссылками на свой авторитет вызывает у подростков бурное противодействие, они становятся заносчивыми и самоуверенными, проявляют стремление быть или казаться взрослыми. Такое стремление иногда выражается в нежелательных формах, например неподчинение разумным требованиям со стороны взрослых. Дети начинают курить, проявляют интерес к алкоголю, думая, что выглядят взрослыми. Иногда стремление казаться взрослыми выражается в том, что мимика и жесты подростков приобретают напыщенный, манерный и несколько театральный характер. У здоровых подростков к 16 годам обычно наступает «фаза успокоения». Поведение подростка становится вполне адекватным. Взаимоотношения с окружающими вступают во вполне нормальное русло. Нежелательные проявления оказываются особенно ярко выраженными у тех подростков, которые имеют те или иные нарушения нервной системы.

Возрастные кризы сопровождаются сложными нейроэндокринными изменениями. В том случае, если у ребенка имеет место заболевание нервной системы, эти изменения могут приводить к нарушениям психического развития. Кроме того, под влиянием нейроэндокринных изменений у больных детей могут возникать асинхронии (задержанное или опережающее

развитие тех или иных функциональных систем). Такие асинхронии часто наиболее ощутимо проявляются именно в периоды возрастных кризов.

Педагог должен хорошо знать возрастные особенности детей и учитывать их в своей повседневной работе. Вместе с врачом ему необходимо принимать меры с целью предупреждения нежелательных явлений, которые возникают во время критических периодов развития. Если во время таких кризов у ребенка обостряется или выявляется то или иное отклонение в развитии, надо осуществить систему определенных медицинских и коррекционно-воспитательных воздействий.

Есть основание полагать, что к 18–20 годам формирование нервной системы в общих чертах завершается. Так, например, картина электрической активности коры головного мозга у 18-летних и более старшего возраста примерно одна и та же. Анализ критических периодов позволяет лучше понять сущность многих отклонений, с которыми встречается клиническая практика. Эволюционно-динамический подход к разнообразным поражениям нервной системы показывает, что часто такие поражения представляют собой не поломку уже готового механизма, а задержку или искажение развития, словно из первичной заготовки вытачивается лишь первое приближение к желаемому образцу. При этом под образцом не следует понимать некий идеал нормы, под который необходимо подгонять все возможные варианты развития. Стандартизация здесь недопустима. Скорее, под желаемым образцом можно понимать такой индивидуальный вариант, который удовлетворяет хотя бы минимуму требований, основанных на среднестатистических показателях. Однако и в таком случае важно не только оценить уровень развития, но и определить дальнейший прогноз. В отсутствии прогноза, кстати, заключается методологическая несостоятельность многих тестов, оценивающих интеллектуальное развитие. Большинство таких тестов подобны фотографиям, фиксирующим множество различных деталей, но только на данный момент. Между тем прогноз динамики развития не менее важен, чем состояние на момент обследования.

Наблюдения показывают, что наряду со среднестатистической планомерно восходящей кривой нормального развития

существуют варианты временного отставания с последующим резким «рывком» вверх, и наоборот, первоначальное заметное превышение средних нормативов сменяется почти полной остановкой или явной тенденцией к замедлению темпов. Многофакторный анализ «профилей развития» и их возможной динамики относится к числу актуальных задач неврологии, особенно при обследовании детей школьного возраста.

Школа является учреждением, предъявляющим стандартные требования к явно нестандартной массе учеников. Понятно, что наибольшее внимание привлекают неуспевающие школьники. Специальные неврологические исследования показывают, что среди неуспевающих школьников весьма часто встречаются дети с так называемой минимальной мозговой дисфункцией, суть которой заключается в недоразвитии отдельных функциональных систем мозга или в недостаточной организованности межсистемных связей. Например, недоразвитие центров письменной речи обуславливает трудности при обучении правописанию. Встречаются также изолированные дефекты чтения, счета, моторная неловкость, не позволяющая аккуратно писать, хорошо рисовать. К сожалению, нередко подобные ученики огульно зачисляются в разряд неспособных и иногда даже ставится вопрос о переводе их во вспомогательную школу. На самом же деле здесь имеются вполне конкретные, неврологические расстройства, хорошо поддающиеся коррекции.

Развитие нервно-психических функций в условиях патологии

Сложность и многоэтапность становления нервно-психических функций в онтогенезе (в процессе постнатального развития организма) нарушаются при различных заболеваниях нервной системы и проявляются в форме задержки темпа ее развития, выпадения функций анализаторов. Для научного обоснования лечебных и лечебно-педагогических мероприятий, направленных на улучшение состояния больных, коррекцию и компенсацию нарушенных функций, необходим преж-

де всего медикопедагогический анализ структуры дефекта и причин, вызвавших заболевание, выяснение его патофизиологических механизмов, времени образования дефекта, степени его тяжести, характера заболевания и особенностей развития ребенка. Такой подход возможен при комплексном участии в лечении и воспитании ребенка невропатолога, психиатра, психолога, педагога-дефектолога.

Уточнению характера патологического процесса или состояния помогают широко используемые в неврологической клинике дополнительные методы исследования: электроэнцефалография, эхоэнцефалография, реоэнцефалография, электромиография, рентгенография черепа, компьютерная томография, а также исследования вызванных потенциалов мозга. Кроме того, используются нейропсихологические, рентгеноконтрастные, биохимические, иммунологические и цитогенетические методы исследования.

Многие заболевания нервной системы возникают вследствие неблагоприятных факторов во внутриутробном периоде развития или в раннем детстве. Причинами патологии нервной системы плода и ребенка раннего возраста могут быть инфекционные агенты, физические факторы (ионизирующая радиация, высокочастотные токи, повышенная вибрация и др.), различные химические вещества, заболевание матери, несовместимость крови матери и плода по группам крови и по резус-фактору, неблагоприятное течение беременности и другие факторы.

Мозг наиболее чувствителен к различным неблагоприятным воздействиям в критические периоды своего развития, когда формируются наиболее важные «функциональные ансамбли». Неблагоприятные воздействия на плод на 3–10-й неделе его развития могут быть причиной формирования таких грубых пороков развития нервной системы, как анэнцефалия (отсутствие больших полушарий головного мозга), микроцефалия (уменьшение объема и массы мозга), гидроцефалия (водянка головного мозга). Эти неблагоприятные воздействия нередко приводят к гибели плода или рождению нежизнеспособного новорожденного. В том случае, если нарушения возникают на более поздних этапах развития, выраженность

дефекта может варьировать в различной степени: от грубого нарушения функции или ее полного отсутствия до легкой задержки темпа развития.

Неврологические заболевания у детей раннего возраста нередко приводят к своеобразному аномальному развитию функций. Речь идет об искажении программы развития. Каждая функция в своем развитии проходит определенные стадии, между которыми существует закономерная преемственность. Появление новых форм реагирования сопровождается угасанием первоначальных примитивных реакций. Так, для развития речи необходимо угасание врожденного сосательного рефлекса. Необходимым условием развития походки и других целенаправленных двигательных актов является торможение врожденных позо-тонических автоматизмов, выработка реакций выпрямления и равновесия, обеспечивающих антигравитационный эффект. Повышенный тонус и другие врожденные рефлексы мешают этому. Чрезмерная выраженность последних может блокировать и искажать дальнейшее формирование функций. Примером такого заболевания является детский церебральный паралич.

Многие заболевания, протекающие с нарушением зрения, слуха, отставанием в нервно-психическом развитии, проявляются не сразу после рождения ребенка. Они характеризуются длительным скрытым течением с последующей клинической манифестацией на определенном этапе онтогенеза. В случаях, когда эти заболевания обусловлены генными мутациями, для их лечения, кроме средств, корригирующих и стимулирующих нормальное развитие функции, необходимо возмещение недостающих продуктов обмена веществ. Кроме органических заболеваний нервной системы, т. е. заболеваний, протекающих с изменениями в структуре мозга, у детей могут наблюдаться нарушения, обусловленные вариациями темпа созревания функциональных систем.

В определенные периоды онтогенеза, например во время миелинизации нервной системы, а также в периоды возрастных кризов неравномерность темпа развития и созревания морфофункциональных систем значительно возрастает. В условиях повышенной функциональной нагрузки на относитель-

но незрелые структуры «выплывают» скрытые дефекты. Под влиянием различных неблагоприятных воздействий внешней среды, в частности инфекционных заболеваний, травм, неправильного воспитания, а также при патологии внутриутробного развития и т. д. относительная возрастная незрелость и диспропорция созревания могут становиться основой задержки темпа развития нервной системы. Задержки развития при соответствующей организации медико-педагогических мероприятий, как правило, ликвидируются. Однако очень глубокие и стойкие задержки темпа развития морфофункциональных систем не всегда поддаются необходимой коррекции. В некоторых случаях активные медико-педагогические воздействия могут лишь временно компенсировать дефицит функции. В дальнейшем, с возрастанием предъявляемых к ребенку требований, нередко происходит все более отчетливое проявление функциональной недостаточности.

В детском возрасте также нередко наблюдаются случаи временного ускорения развития функций, которые затем сменяются заметным замедлением темпов развития. Такое замедление в ряде случаев обусловлено чрезмерной «эксплуатацией» познавательных способностей ребенка, приводящей к истощению внутренних резервов нервной системы.

Перечисленные выше отклонения в развитии нервной системы не исчерпывают всех возможных вариантов. Следует помнить, что развитие ребенка не всегда идет строго по схеме. Становление функций может как отставать, так и опережать указанные сроки. Это зависит от особенностей внутриутробного развития ребенка, течения родов и периода новорожденности. В каждом отдельном случае важно установить причину имеющегося дефекта: связан ли он с первичным поражением нервной системы, является ли результатом других заболеваний или так называемой педагогической запущенности.

Под термином «педагогическая запущенность» понимается задержка развития, обусловленная недостаточностью целенаправленного развития функций и педагогического воздействия в целом. Педагогическая запущенность развивается на определенных этапах, а именно в период интенсивного развития функций, например при становлении речи. Пребывание

ребенка в неречевой среде, малое общение с матерью могут привести к задержке развития речи. Недостаточность зрительных, слуховых, эмоциональных и других раздражителей, т. е. так называемый информационный голод, приводит к задержке психического развития.

Таким образом, при анализе нарушений нервно-психического развития следует учитывать не только особенности состояния нервной системы ребенка, но и то окружение, в котором он растет и развивается.

И. А. Скворцов

ДЕТСКИЕ БОЛЕЗНИ РАСТУЩЕГО МОЗГА¹

В доступной форме излагаются вопросы развития нервной системы ребенка, причины возникновения болезней мозга и пути их лечения.

Ничего нет в теле человека, что бы не управлялось нервной системой, поэтому болезни нервной системы имеют многочисленные проявления. Все отделы нервной системы, головного и спинного мозга тесно взаимосвязаны и оказывают друг на друга существенное влияние, поэтому и повреждение того или иного участка мозга неизбежно сказывается на работе всей нервной системы в целом. В то же время эта взаимосвязь относительна, не лишает мозговые центры определенной самостоятельности и взаимной независимости. Например, повреждение центров зрительного восприятия проявляется прежде всего нарушением зрения, хотя значительно изменяет работу и других центров мозга: слепота сопровождается обострением слуха и осязания, что в какой-то мере компенсирует дефицит зрительной информации, одновременно возникают некоторые особенности мимики, положения головы, походки и т. п. Имен-

¹ Печатается по изд.: Детство нервной системы. — М.: Тривола, 1995. — С. 49–55.

но относительная самостоятельность и независимость нервных центров позволяет врачу-невропатологу, вооруженному только неврологическим молоточком, определять по внешним проявлениям заболевания, какой участок мозга поврежден, причем точность такого определения весьма высока: в спинном мозге и стволе головного мозга можно установить расположение и величину поврежденного участка с точностью до 1–3 мм.

Нарушение деятельности нервной системы проявляется не только выпадением какой-нибудь функции — зрения (слепота), слуха (глухота), движений (паралич) и др., — но нередко парадоксальным усилением восприятия или двигательных актов. Так, могут возникать болезненное повышение чувствительности, обострение слуха, вкуса или обоняния, избыточные или необычные движения, насильственные подергивания головы, лица, рук, ног и т. п. Такие расстройства иногда бывают обусловлены тем, что пораженный отдел мозга оказывается не в состоянии контролировать работу других центров, ему подчиненных, и последние «впадают» в бесконтрольное «возбуждение». Чаще же парадоксальное усиление функций связано с прямым раздражающим воздействием на определенный участок мозга повреждений соседних с ним образований (травма костей черепа, воспаление оболочек мозга, опухоль, кровоизлияние и др.).

Многообразные нарушения, возникающие при поражении различных отделов нервной системы, можно условно отнести в 3 группы: расстройства движений, восприятия и сознания, однако чаще наблюдаются сочетанные варианты. Если спросить любого человека, не имеющего отношения к медицине, какие болезненные проявления могут быть связаны с поражением нервной системы, то вероятнее всего он назовет боль и паралич. Это наиболее заметные расстройства, значительно реже приходится слышать жалобы на снижение чувствительности или остроты ума. Как отметил известный советский ученый И. П. Граве: «Странная вещь! Люди могут жаловаться на все: на больной желудок, на утомляемость, на головную боль, на одышку и пр. и пр., только не на слабость своих умственных способностей». Действительно, слабость интеллекта не позволяет заметить его слабость.

Расстройства восприятия возникают при нарушении целостности системы того или иного анализатора, при ее поражении в любом участке от рецепторов и до коркового центра, перерабатывающего принятую информацию. Так, перерыв пути нервных волокон от глаза до затылочной доли головного мозга в любом их участке приводит к слепоте, поражение слуховых путей или центров — к глухоте, проводников чувствительности к ее потере или возникновению боли. Вместе с тем нарушения восприятия даже по какому-то одному изолированному каналу, как правило, вызывает, наряду с потерей источника информации, еще и обеднение способности мозга к отражению — к активному взаимодействию со средой. Глухота сопровождается изменением речи — и ее громкости и четкости. Выпадение чувствительности или зрения приводит к нарушению ориентации в пространстве, ухудшению координации движений. Эти вторичные изменения движений связаны с недостаточным обеспечением двигательных центров соответствующей информацией об окружающем пространстве и о положении тела в нем.

Более выраженные нарушения в двигательной сфере наступают при поражении самих двигательных центров, которые располагаются в коре больших полушарий, в подкорковой области, стволе мозга и спинном мозге, или нервных волокон, связывающих эти центры между собой. В зависимости от того, какой отдел двигательной системы поражен, возникают различные расстройства движений. При прекращении притока к мышцам нервных импульсов от двигательных центров коры больших полушарий, что может вызываться как поражением самих этих центров, так и подчиненных им центров спинного мозга, а также разрывом связей их между собой и с мышечными волокнами, — развиваются параличи или мышечная слабость. Появляется ощущение тяжести рук и ног, как бы не хватает силы для их движений, иногда возникает полная обездвиженность парализованной конечности. Наиболее опасны параличи дыхательных мышц и мышц, обеспечивающих глотание.

Важно, что вообще любая поза человека, любое его движение осуществляются при согласованном взаимодействии мышц с противоположно направленным действием (мышц-антаго-

нистов). Даже в состоянии расслабленности, покоя эти мышцы взаимодействуют между собой. При параличе какой-либо мышцы тут же выявляется преобладание ее мышцы-антагониста, приводящее к вынужденному изменению позы, положения руки, ноги, лица, глаза. Так, паралич одной из мышц глаза сопровождается возникновением косоглазия: глаз «перетягивают» в свою сторону другие неповрежденные мышцы глаза, являющиеся антагонистами по отношению к пораженной. При параличе мышц одной половины лица нарушается его симметрия: мышцы-антагонисты другой половины лица «перекашивают» рот на свою сторону. Так и обнаруживается, что нормальное положение и рта и глаз (да и любой части тела) — это не бездействие, оно обеспечивается разнонаправленным, но равноценным напряжением мышц-антагонистов.

При поражении двигательных центров, расположенных в подкорковой области или в стволе мозга, а также нервных путей, связывающих эти центры со спинным мозгом, параличи мышц не возникают, но развиваются два типа нарушения движений, как бы противоположные друг другу. При I типе движения становятся избыточными, размахистыми, больной не может их сдержать, они непроизвольно возникают и препятствуют выполнению целенаправленных действий: нарушается, становится невозможным осуществление точных движений, изменяется почерк или больной вообще лишается способности писать, из-за непроизвольных движений роняет предметы из рук, не может выполнять привычную работу.

При II типе наблюдается противоположная картина: движения становятся чрезмерно скудными, замедленными, больной может долго находиться в одной позе, передвигаться медленно, мелкими шажками, лицо неподвижно, невыразительно, мимика крайне обеднена, общее впечатление какого-то застывания, почерк становится мелким, неразборчивым. Обычно такой тип человека, точнее — подобный двигательный тип человека воспроизводят при иллюстрировании Плюшкина в «Мертвых душах» Н. В. Гоголя. Возникновение указанных двух типов нарушений обусловлено сдвигом равновесия между двумя подкорково-стволовыми мозговыми системами, одна из которых обеспечивает поддержание неизменной позы тела, а дру-

гая, напротив, подготавливает ее изменение перед движением. При преобладании первой системы возникает скованность и замедленность, а при преобладании второй — неустойчивость позы и избыточные, излишние произвольные движения — так называемые гиперкинезы.

При поражении мозжечка и нервных волокон, связывающих его с другими отделами нервной системы, нарушается координация движений, согласованность взаимодействия мышц-антагонистов. В результате целенаправленные движения становятся неточными, человек «промахивается» мимо цели при действиях рукой или ногой: протянутая рука не «падает» в нужный предмет, а походка становится неустойчивой, «пьяной».

Наконец, еще одной формой двигательных нарушений являются судороги, которые обычно связаны с возникновением очага раздражения в коре больших полушарий. Сами судороги по внешним своим проявлениям могут быть весьма разнообразными, но было бы неправильным представлять их как беспорядочные, хаотичные мышечные сокращения. Каждый вид судорог — это двигательный стереотип, выработанный в процессе эволюции животного мира и осуществляемый строго определенными образованиями мозга. Некоторые исследователи даже считали, что в мозге имеются специальные системы, в «обязанности» которых входит организация выполнения судорожного двигательного стереотипа.

Эволюционная «лестница» животного мира от низших видов к высшим характеризуется постепенным обогащением «ассортимента» судорожных проявлений. Человек располагает наибольшим «набором» вариантов. Зачем «понадобилось» природе разрабатывать судорожный способ реагирования и постоянно совершенствовать его от вида к виду? Каков биологический смысл судорог? На что отвечает организм судорогами? Разъяснить все эти вопросы весьма непросто, но очевидно, что судорожная реакция сформировалась не только для того, чтобы информировать врача-невропатолога о болезненном процессе, вызывающем раздражение коры больших полушарий, а скорее как чрезвычайный способ реагирования на экстремальные условия внешней среды и внутреннего состояния организма.

В экспериментах на животных судороги у них вызывали информационной перегрузкой путем ритмичных световых воздействий, причем оказалось, что разным степеням перегрузки соответствуют различные варианты судорог: вначале появлялись подергивания отдельных участков мышц, при дальнейшем световом воздействии начинались судороги с попеременным сокращением мышц, сгибающих и разгибающих конечности и туловище. Крайней и последней формой судорожного реагирования при максимальной перегрузке животного явилось постоянное судорожное напряжение всех мышц тела. Дальнейшее продолжение эксперимента, по-видимому, привело бы к истощению перегруженных нервных клеток и даже к их гибели, но новых вариантов судорог вызвать уже не удается — более мощной реакции природа не выработала.

Можно предполагать, что судорожный стереотип как бы «заложен» внутри каждого из нас, но в условиях обычного существования не вызывается. Лишь при крайней степени перегруженности не справляющиеся с поступлением избыточной информации нейроны «вынуждены» «организовать» чрезвычайную форму мощного ответа, как своеобразную «скорую помощь» — спасение от истощения. Однако при заболевании мозг иногда начинает использовать эту чрезвычайную по силе реакцию не по назначению, для ответа отнюдь не на экстремальные воздействия, а на обычные повседневные раздражители. К группе таких заболеваний относится и эпилепсия.

У больных, страдающих эпилепсией, наряду с судорогами отмечаются кратковременные нарушения сознания и психики, которые протекают в виде приступов и характеризуются или полным выключением сознания, или потерей речи с частичным сохранением восприятия происходящего вокруг, или восприятием окружающей обстановки в извращенном, иллюзорном виде: происходящие вокруг события как бы оторваны от реального времени, представляются уже происходившими в прошлом или, напротив, с особой остротой ощущается их новизна, извращается по форме и величине зрительный образ предметов, появляются зрительные и слуховые, а также вкусовые и обонятельные галлюцинации. Нарушения сознания и психические расстройства могут возникать и при других заболеваниях мозга — при опухолях, расположенной в полости

черепе, при энцефалитах и менингитах (воспалении головного мозга и его оболочек), при черепно-мозговой травме, инсультах (закупорке или разрыве кровеносных сосудов, питающих мозг) и др. Особую группу составляют так называемые старческие психические расстройства, связанные с атрофическим разрушением нервных клеток коры больших полушарий.

Все перечисленные нарушения деятельности мозга в четко очерченном виде проявляются лишь у взрослых, детские болезни нервной системы имеют целый ряд существенных отличий. Ведь само проявление болезни, как своеобразная реакция организма на заболевание, определяется степенью зрелости тех систем, которые эту реакцию организуют. Как мы уже отметили, степень зрелости детского мозга постоянно меняется и, соответственно, трансформируются и внешние проявления. Поэтому одно и то же заболевание нервной системы постоянно меняет свое «лицо» по мере роста ребенка и, в сущности, на каждом этапе развития является не одним и тем же заболеванием, а каждый раз другим, поскольку заболевание характеризуется не только процессами, лежащими в его основе (его причинами), но также и внешними проявлениями — клинической картиной.

Растущий организм на каждом возрастном этапе «одевает» заболевания мозга в новые «одежды» внешних проявлений в соответствии со степенью зрелости тех образований нервной системы, которые организуют болезненный ответ. Незрелость «отвечающих» образований, неспособность их обеспечить адекватную реакцию организма, что нередко характерно для первых недель и месяцев жизни, могут превратить «одежды» клинической картины заболевания в «шапку-невидимку»: болезнь не проявляет себя. Казалось бы, что может быть лучше? Нет проявлений, значит, нет и болезни. Однако это не так.

Представим себе, что у новорожденного ребенка вследствие неблагоприятного прохождения через родовые пути или воздействия вредоносных факторов во внутриутробном периоде поврежден какой-то участок коры больших полушарий. При этом внешние проявления могут отсутствовать, а очаг поражения «молчит» вследствие двух причин: во-первых, созревание этого участка мозга, подключение его в сеть функциональных связей с другими отделами может быть «запланировано» на

более поздний период развития, более старший возраст, и в периоде новорожденности он еще просто не «работает», в связи с чем его повреждение или даже отсутствие оказывается незаметным; во-вторых, на ранних стадиях развития в мозге еще не сформированы корковые центры, нейроны, предназначенные для обеспечения той или иной функции, еще рассеяны на широкой территории, ограниченный очаг, как правило, не охватывает всей территории и потому не проявляет себя.

Но ведь лишних, ни для чего не предназначенных отделов в мозге нет, и, естественно, что через несколько месяцев, раньше или позже, наступит момент, когда мозг (конечно, не только мозг, но и весь организм и внешняя среда) должен будет предъявить к поврежденному участку требования, которые последний не сможет полноценно выполнить именно потому, что поврежден. В это время и появятся первые внешние проявления повреждения, которое возникло значительно раньше, но оставалось незаметным и нераспознанным. Событие повреждения в этих случаях воистину «доходит» до нас как «свет погасших звезд».

Основные образования мозга созревают не одномоментно, а в разное время, причем этот процесс, хоть и протекает наиболее интенсивно в первые месяцы и годы жизни, не прекращается на протяжении всего периода детства. И сколь этапно нормальное развитие ребенка с постепенным приобретением важнейших двигательных навыков, умение воспринимать, оценивать и познавать окружающий мир, столь же этапно проявление отклонений от нормального развития, обусловленных внутриутробным или родовым повреждением образований нервной системы. В особенности это касается умственного развития. Родитель больного ребенка нередко упрекает врачей в том, что отставание в развитии распознано несвоевременно. Но ведь отклонения в выполнении функций, в норме развивающихся на третьем году жизни, не могут быть распознаны ни в три месяца, ни в два года.

Интенсивная перестройка психических функций происходит в предшкольные годы, и в этот период иногда оказываются неготовыми к школе дети, ранее считавшиеся благополучными в плане своего развития. Но при таких повреждениях мозга задержанное запаздывающее проявление касается и всех

других форм нарушения нервной деятельности. Так, в первые дни жизни, а иногда и недели остаются скрытыми и нераспознанными некоторые формы будущих слепоты и глухоты, которые обусловлены нарушением внутриутробного развития этих анализаторов. В указанный период могут никак не проявляться будущие насильственные движения конечностей, вызванные родовым повреждением подкорковых образований мозга. Врожденное косоглазие, связанное с недоразвитием нейронов, иннервирующих мышцы глаз, становится заметным лишь на втором-третьем месяцах жизни, когда на глазные мышцы ложится нагрузка, вызванная необходимостью активного обзора окружающего пространства.

Последовательное развитие нервной системы как бы периодически поднимает «возрастные занавесы», открывающие новый этап, новую стадию. Что ждет нас за «занавесом»? Как предсказать и предупредить возможные нарушения? Для ответа на эти вопросы нужно вернуться назад к внутриутробному периоду, рождению и первым дням жизни и проанализировать те вредоносные факторы воздействия, которые могут привести к повреждению мозга, а также процессы, происходящие в мозге под влиянием этих воздействий.

В период внутриутробного развития огромная роль принадлежит защите плода и его мозга со стороны организма матери, который не только создает барьер на пути разнообразных неблагоприятных воздействий, но и обеспечивает оптимальные условия для нормальной реализации программы развития. Вместе с тем именно организм матери может стать источником повреждающего влияния на плод. Будущая мать не всегда знает о своей беременности в начальные ее сроки, когда формирующаяся нервная система плода наиболее ранима. В этот период ряд лекарственных препаратов, некоторые физиотерапевтические процедуры, назначенные женщине в связи с различными отклонениями в состоянии ее здоровья, могут оказаться вредоносными для плода, привести к нарушению формирования нервной системы и других органов.

Большую опасность для плода представляет употребление матерью алкоголя или курение. Даже небольшие дозы алкоголя могут обусловить отклонения в развитии мозга плода, при-

водящие в дальнейшем к тяжелым уродствам как самого мозга, так и других органов. Установлено, что повреждающее влияние может оказать также состояние алкогольного опьянения будущего отца в период зачатия. Здоровый образ жизни семьи является важнейшим залогом здоровья детей, а в масштабах государства — залогом здоровья нового поколения, его интеллектуального потенциала. «В будущем реальное могущество страны будет измеряться не запасами нефти или угля, а ее интеллектуальными ресурсами» (Р. Шовен).

В первые три месяца беременности нарушение развития нервной системы и внутренних органов может быть также вызвано инфекционными заболеваниями, прежде всего — вирусными. Так, заражение женщины в ранние сроки беременности вирусом краснухи может не вызывать у нее заметных признаков заболевания, но тяжело повреждает развивающийся организм, приводя к порокам развития мозга, сердца, рук, ног, к врожденным слепоте и глухоте. В более поздние сроки внутриутробной жизни полноценность созревания мозга становится все более зависимой от обеспечения кислородом, который доставляется в организм плода из организма матери через плаценту и кровеносные сосуды пуповины.

Недостаток кислорода в мозге нарушает обмен веществ в нем, извращает программу его развития, главным образом страдают те отделы, которые наиболее интенсивно созревают во внутриутробном периоде и обеспечивают первоочередные потребности организма плода, в частности подготовку к рождению. Ребенок, испытывавший во внутриутробном периоде кислородную недостаточность, плохо взаимодействует с матерью по организации родового акта и хуже переносит родовые перегрузки. В результате возникает угроза родового травматического повреждения головного мозга. Причинами кислородной недостаточности обычно являются различные заболевания матери — и инфекционные болезни, и заболевания внутренних органов (сердца, легких, почек), а также маточные кровотечения, токсикоз беременности. Вместе с тем определенную роль могут играть и внутриутробные болезни плода, в частности пороки развития его внутренних органов, внутриутробные инфекционные болезни плода, кроме того, — различные

наследственные нарушения обмена веществ, которые препятствуют и нормальной доставке кислорода к тканям, и усвоению его тканями.

Несомненно, «нормальные» роды «нормально» переносятся «нормально» развивавшимся плодом. «Ненормально» протекающие роды способны привести к тяжелому повреждению головного и спинного мозга ребенка: сдавлениям, растяжениям и разрывам мозгового вещества, кровоизлияниям из разорванных кровеносных сосудов, обескровливанию отделов мозга, вследствие прекращения поступления к ним крови и т. п. Разрушенный в родах участок мозга никогда больше не «вырастет»; никогда в этом месте не сформируется новое мозговое вещество и не образуются новые нервные клетки, взамен погибших. Как будет развиваться такой ребенок? Обязательно ли отсутствие участка мозгового вещества у новорожденного обрекает его на инвалидность? Совсем не обязательно!

Мозг новорожденного в отличие от мозга взрослого человека очень «пластичен». В нем еще не произошло необратимое формирование нервных центров, не установлены прочные межсистемные связи, отдельные участки коры больших полушарий еще не поделили окончательно между собой сферы влияния в регуляции функций организма и во многом дублируют друг друга. «Пластичность» — это способность к перестройке, передаче обязанностей одного отдела другому, в том числе и способность заменить и более или менее полно компенсировать бездеятельность пораженного участка. В принципе, возможность компенсации мозг сохраняет и в зрелом возрасте (именно функциональной перестройкой и передачей обязанностей объясняется восстановление движений конечностей у взрослых больных, перенесших мозговую инсульт), однако пластичность мозга ребенка неизмеримо выше.

Компенсаторные возможности мозга ребенка иногда вызывают просто удивление. Лет 20 назад мне пришлось наблюдать девочку 6–7 лет, которая в периоде новорожденности перенесла гемолитическую болезнь — тяжелое поражение эритроцитов крови, связанное с иммунологической несовместимостью крови плода с кровью матери. Эритроциты ребенка разрушаются и «выпускают» содержащиеся в них пигментные веще-

ства (гемоглобин), которые разносятся током крови по всему организму, но, соединяясь с нервными клетками подкорковых образований мозга, вызывают их разрушение или деформацию.

Нередко вследствие этого в дальнейшем нарушается двигательное развитие ребенка, появляются гиперкинезы — насильственные движения, непроизвольные вздрагивания, взмахи рук и т. п., которые иногда делают практически невозможным выполнение каких-либо целенаправленных действий. Так вот, у этой девочки такие тяжелые двигательные нарушения наблюдались только в руках, ходила она нормально. Удивительное заключалось в том, что все «ручные» навыки оказались у нее как бы «переданы» ногам: она ногой брала ложку и ела суп, расчесывала волосы и «ковыряла» в носу. Широко известны случаи, когда человек, потерявший вследствие травмы руки, может упорным трудом развить двигательные возможности ног (вышивать, печатать на машинке и пр.). Однако в нашем случае девочку никто не приучал действовать ногами, напротив, усилия и родителей и врачей были направлены на нормализацию движений рук. Природа сама распорядилась огромными потенциальными возможностями, заложенными в раннем детстве в каждом отделе мозга, и предоставила ногам право компенсировать недостаток функций, вызванный поражением рук.

В последние годы развитие компьютерной техники позволило разработать новые методы, позволяющие увидеть на экране дисплея изображение головного мозга, точнее — изображение «среза» мозга, и таким образом рассмотреть его внутреннее содержание. Конечно, эти методы открыли совершенно новые возможности распознавания изменений в мозге и, кроме того, позволили врачам-невропатологам сверить свои представления о течении тех или иных заболеваний мозга с истинным его состоянием. И тут обнаружили поразительные расхождения. Начались неожиданные находки. В нашей клинике находилась на обследовании девочка 9–10 лет, поступившая в связи с повторными обмороками. Хорошая, очень добрая и приветливая девочка, неплохая ученица.

При обследовании ее компьютерное изображение мозга обнаружило отсутствие задней половины левого полушария мозга. Мы не верили своим глазам: ведь хорошо известно, что в этой отсутствовавшей части мозга должны быть размещены

важные центры — зрительные, речевые и др. Но ни зрительных, ни речевых, ни двигательных нарушений у девочки не было — сохранившиеся отделы мозга полностью взяли на себя все функции разрушенного внутриутробно или в родах заднего отдела левого полушария. Нужно сказать, такие случаи не являются исключительной редкостью, и продолжение исследований в этом направлении предоставляет все новые примеры высочайших компенсаторных возможностей пластичности детского мозга. Однако нередко и другие, противоположные, примеры удивления врачей, когда, несмотря на тяжелое отставание ребенка в развитии, наличие параличей и других нарушений, компьютерное изображение мозга не имеет каких-либо заметных отклонений. Поистине, как в восточной поговорке — «Когда пыль рассеется, ты увидишь, едешь ли ты на лошади или на осле». Чем же объясняются нарушения нервной деятельности у ребенка, если видимых изменений в мозге не определяется?

Дело в том, что внешне правильно сформированный мозг еще не является гарантией нормальной его работы. Ведь, как уже отмечали, к моменту рождения мозг по форме весьма близок к мозгу взрослого человека, в нем отчетливо различимы все основные отделы. Но нервным клеткам еще предстоит долгий путь созревания, который им нужно пройти в соответствии с генетической программой развития, но под влиянием конкретных условий среды и как своеобразное отражение этих условий. Отклонения или задержка в развитии и созревании нервных клеток может не изменить общей формы мозга, но, вместе с тем вызвать тяжелые нарушения деятельности нервной системы, причем иногда необратимые. Почему необратимые, если мозг ребенка столь замечательно пластичен?

Конечно, «необратимость» относительна, но нужно помнить, что развитию каждой новой функции, освоению каждого нового навыка предоставляется строго определенный период в жизни ребенка и если по каким-либо причинам в этот временной отрезок развитие или освоение не состоялись, то мозг «фиксирует» их отсутствие образованием обедненных связей, незавершенностью нейронного созревания, а затем приступает к формированию следующей функции. Но в том-то и дело, что эта последующая функция обычно определенным образом

зависима от предыдущей и тоже формируется неправильно. Возникает цепная реакция аномального патологического развития. «Пропущенная» функция самостоятельно уже не развивается.

В подобных случаях микроскопическое исследование состояния нервных клеток выявляет весьма характерную картину: нейроны меняют свою форму, дендритное дерево огрубляется, обедняется количество ветвей и соответственно межклеточных контактов. Указанные изменения могут быть следствием или недоразвития (аномального развития) нейронов или возникают как результат обратного развития (дегенерации) ранее начинавших развиваться нейронов и их дендритного дерева. В части случаев обратное развитие может наступать вследствие своевременно не осуществленных синаптических контактов («недобора» их до необходимого критического уровня). Важно отметить, что воздействия, приводящие к такой картине, могут быть совершенно различными, но объединяет их то, что встреча организма с ними происходит в наиболее ответственный период развития ребенка: непосредственно перед родами, в родах или в первые недели после рождения.

Именно в этот период неблагоприятные влияния могут разрушить намеченную программу ветвления дендритов и образования новых синаптических контактов. Если на время этого периода блокировать, устранить вредоносный фактор, то грубых изменений в нейронах можно избежать. Так, при наследственном нарушении обмена аминокислот — фенилкетонурии — вредоносное воздействие на мозг оказывают токсические продукты измененного обмена веществ. Болезнь можно выявить сразу после рождения при исследовании мочи новорожденного. Если ее не лечить, то у ребенка развивается слабоумие, судорожные приступы, практически неизлечимые. Однако уже у новорожденного можно так отрегулировать питание, что количество токсических веществ в мозге значительно снизится. Естественно, этим не излечивается болезнь, но устраняется токсическое воздействие на время наиболее ответственного периода созревания мозга. На сформированный мозг токсические продукты уже не оказывают столь вредоносного влияния.

Наряду с наследственными болезнями обмена веществ, к нарушению развития мозга могут привести инфекционные заболевания плода и новорожденного, кислородная недостаточность перед рождением и асфиксия (удушье) во время родов (например, при обвитии пуповиной), а также родовые травматические повреждения мозга. Разрушение вещества мозга при родовой травме может оказывать различное воздействие на дальнейшее развитие ребенка, в зависимости от количества потерянного мозгового вещества. При небольшом дефиците возможна более или менее полная компенсация функций, при более тяжелом поражении сохранившийся мозг не только не в состоянии компенсировать дефицит пораженного участка, но и сам теряет потенцию к дальнейшему созреванию и с возрастом все более истощается.

По-видимому, избыточность, сопровождающая созревание мозга ребенка, не является излишней, неким «запасом» на случай «полома», а служит необходимым расчетным гарантом нормального развития целого мозга, его центров, отдельных систем и нейронов, их отростков. Количественный дефицит (ниже некоторого критического уровня) нейронов и их отростков, «массы» мозга, его системы или центра, нарушает основную функцию нервной ткани — обеспечение межклеточных контактов и вследствие этого препятствует нормальному развитию мозга, направляющегося с возрастающими задачами растущего организма.

Недостаточность синаптических контактов между нейронами возникает не только при разрушении мозгового вещества. В эксперименте на животных блокировку межнейронных связей можно вызвать введением веществ, молекулы которых способны соединяться с рецепторами нейрональных мембран и этим лишать их возможности обеспечивать межклеточное контактирование. Если такой эксперимент провести у новорожденного животного, то через некоторое время подросшее животное обнаружит признаки отставания в развитии, нарушения памяти, двигательные расстройства, а микроскопическое исследование выявит все те же изменения нервных клеток: огрубление рисунка дендритного дерева, аномальную ориентацию и неупорядоченность размещения нервных клеток в коре больших полушарий. Однако если эксперимент начать

не в период новорожденности, а в более позднем возрасте, то эти изменения уже не возникают.

Различные внешние воздействия могут вызвать не только повреждение тех или иных отделов мозга, но просто задерживать на некоторое время их развитие. Задержанный в развитии отдел мозга как бы выходит из общего графика развития других отделов и не может в связи с этим обеспечить полноценные связи с ними. Такой механизм лежит в основе врожденного нарушения развития функций восприятия: зрительного, слухового и др., в том числе восприятия и оценки собственных движений. Дело в том, что центральные и периферические отделы важнейших органов восприятия — анализаторов — развиваются на расстоянии друг от друга, но синхронно (одновременно) и лишь после рождения в первые недели жизни под влиянием внешних зрительных, слуховых и др. раздражителей должна произойти «состыковка», объединение центрального и периферического звеньев анализатора (зрительного, слухового или любого другого) в единое целое.

Если что-то задерживает развитие одного из звеньев анализатора, то «состыковка» может не состояться и сигналы, принимаемые периферическим звеном анализатора, не проходят в кору мозга (центральное звено) и не осознаются; ребенок остается незрячим и неслышащим, а его движения также нарушаются, поскольку невозможен их контрольный анализ. Самое неприятное заключается в том, что если не принять своевременные меры, то недеятельный анализатор подвергается атрофии, которая еще больше затрудняет восстановление нормальной функции.

Другой причиной нарушений функции восприятия является недостаточность внешних сигналов, специфичных для данного анализатора (например, свет для зрительного, звук для слухового, прикосновение или поглаживание для кожной чувствительности), которые должны обеспечить объединение звеньев анализатора в первые недели жизни после рождения. В экспериментах на животных показано, что если лишить животное на первом-втором месяце жизни света и звуков, поместив его в специальные темные или обеззвученные камеры, то оно остается слепым и глухим. У новорожденного человека такое практически исключено, но хорошо известно, что недо-

статочность материнской заботы, материнского тепла, ухода, ласки, поглаживаний, материнского голоса в первые дни и недели жизни приводит к тяжелым нарушениям психического и эмоционального развития ребенка на последующих этапах, нередко в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Таким образом, в первые недели жизни любые факторы, препятствующие нормальному разветвлению отростков нервных клеток и образованию синаптических межнейронных контактов (внутриутробная кислородная недостаточность, наследственные болезни обмена веществ, родовая травма или инфекционное поражение мозга, изменение состояния нейрональных мембран и их рецепторов и др.), приводят к нарушению программы развития нервной системы. Этот критический постнатальный период является наиболее ответственной стадией формирования мозга ребенка после рождения, своеобразным пиком пластичности нервной системы, обостренной подверженности ее внешним влияниям. Поэтому и вредоносность указанных факторов весьма относительна, зависит от «возраста» мозга, подвергнутого их воздействию. Можно сказать, что мозг строится, глядясь в «кривое зеркало» этих воздействий.

Испытав неблагоприятные влияния в критическом периоде, мозг «выходит из расписания» своего развития. Формирование важнейших функций не успевает «укладываться» в отведенный для этого оптимальный возрастной период, нарушается преемственность двигательных автоматизмов: новые запаздывают, а старые не уходят и мешают выполнению новых. В результате образуются и фиксируются памятью аномальные комплексы двигательных автоматизмов: совершение любого простого движения сопровождается против воли другими ненужными движениями, остатками старых автоматизмов, по ошибке запечатленных «в связке» с новыми. Вся двигательная сфера ребенка становится аномальной, «нафаршированной» остатками автоматизмов из различных периодов развития.

Двигательные нарушения такого типа составляют основу так называемых детских церебральных параличей — тяжелого заболевания нервной системы, обусловленного различными вредоносными воздействиями на мозг в последние недели внутриутробного развития, во время родов и в первые недели жизни; время воздействия в большей степени определяет бо-

лезнь, чем характер воздействующих факторов. Двигательные нарушения при детских церебральных параличах по своей сути не являются ни истинными параличами, ни истинными насильственными движениями (гиперкинезами) в их основе — аномальные автоматизмы, лишь воспроизводящие картину параличей и насильственных движений, имитирующие их. Однако как бы то ни было детские церебральные параличи сопровождаются не только грубыми двигательными расстройствами, приводящими ребенка к инвалидности (невозможности ходить, стоять, сидеть, ползать, держать голову, действовать руками), но и извращением всей программы нормального развития движений.

Бытует ложное мнение, что детские церебральные параличи — непрогрессирующие болезненные состояния, лишь последствия и остаточные явления той беды, которая в околородовой период разразилась над мозгом. В таком случае большие компенсаторные возможности пластичности мозга приводили бы шаг за шагом по мере роста ребенка — к отступлению болезненных проявлений и постепенному выздоровлению. К великому сожалению, на практике дело обстоит не так — болезнь все более укореняется в ребенке, нарушения становятся все менее обратимыми. Сегодня необходимо со всей ответственностью сказать, что детские церебральные параличи — это прогрессирующее «текущее» заболевание.

Во-первых, неуклонно меняются внешние проявления заболевания в связи с аномальным, но все же неуклонным созреванием нервной системы. Поэтому детские церебральные параличи по мере роста ребенка как бы разворачивают все новые проявления, ранее недоступные мозгу на предыдущих стадиях его развития (которое, кстати сказать, протекает аномально и с большей или меньшей задержкой по сравнению с нормой). Вначале, в первые полгода (иногда до 4 лет) двигательные нарушения проявляются мышечной вялостью, снижением тонуса, кстати, после 1,5–2 месяцев может проявиться ранее «молчавшее» косоглазие. Затем постепенно вялость мышц уступает место все большей спастичности; мышечная спастика поражает губы, язык (затрудняются глотание, жевание, движения языка, необходимые для формирования пищевого комка, а в дальнейшем — речи), мышцы плечевого пояса и рук

(появляется характерная сутулость, плечи поднимаются и поворачиваются вовнутрь, шея укорачивается за счет поднятых плеч, пальцы кисти сжаты в кулак с запертым внутри большим пальцем). Спастика мышц ног приводит к возникновению их перекреста и практически блокирует возможность их движения. Но после 4–6 лет, а иногда и раньше на фоне все закрепляющейся спастичности мышц начинают появляться насильственные движения — свидетельство созревания подкорковых отделов мозга, которые только теперь «заявили» о том, что они тоже были поражены в околородовом периоде. К подростковому периоду детский церебральный паралич как бы доходит до вершины своей зрелости, и его проявления у разных больных становятся все более похожими друг на друга.

Во-вторых, можно считать доказанным и подтвержденным многочисленными изучениями рентгеновских и магнитно-резонансных компьютерных томограмм мозга, что в мозговом веществе, окружающем желудочки мозга у детей, перенесших кислородную недостаточность в родах (и непосредственно до и после них), наблюдаются характерные изменения, не проходящие в течение 5–10–15 лет. Эти изменения свидетельствуют о том, что родовая гипоксия мозга в околожелудочковой мозговой ткани «запускает» подострый или хронический процесс, напоминающий аллергию или воспаление. Мелкие клеточки, расположенные здесь, приобретают агрессивные свойства, они «пожирают» окружающее мозговое вещество, нервные клетки и их отростки. В результате мозг вокруг желудочков как бы «подтаивает» и освобождает место для расширения желудочков — развивается внутренняя атрофия мозга. Этот процесс, однако, развивается очень постепенно и в наших силах воздействовать на него, замедляя или вовсе останавливая его течение.

* * *

Прочность запечатлевания, «памяти» аномальных связей в мозге, «сцеплений» несовместимых двигательных автоматизмов весьма велика, чем и объясняется относительная необратимость уже возникших нарушений. Вместе с тем на каждом этапе развития можно принять меры для предупреждения образования аномальных связей, постепенно тормозя старые двигательные автоматизмы и способствуя своевременному по-

явлению новых. В связи с этим нельзя не вспомнить замечательную мысль Яна Коменского, чешского философа и педагога, жившего на стыке XVI и XVII вв.: «В человеке первые впечатления настолько устойчивы, что было бы чудом, если бы они изменились. Поэтому чрезвычайно разумно, чтобы они внушались в юном возрасте согласно с требованиями истинной мудрости». Значительно жестче сказал А. И. Герцен: «Прошедшее не корректурный лист, а нож гильотины: после его падения многое не срывается и не все можно поправить».

Действительно, многое из того, что происходит в детстве, оказывается необратимым. И это касается не только движений, но самой структуры личности, способа мышления, умения трудиться и получать радость от своего труда, стремления к знаниям и т. п. У взрослого «выработать любовь к делу, избранной специальности почти невозможно, как нельзя насильно полюбить человека!» (С. С. Юдин).

Но если бы все, что происходит в периоде детства, было необратимым, то и детские болезни нервной системы были бы неизлечимы. А это не так! Как лечить болезни мозга? Об этом следующая глава.

А. И. Захаров

СВОЕОБРАЗИЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ¹

В. Н. Мясищев отмечал, что правильное понимание невроза как болезни развития личности требует понимания личности человека и закономерностей ее развития (Мясищев В. Н., 1960). В данном разделе раскрывается своеобразие раннего

¹ Печатается по изд.: Происхождение детских неврозов и психотерапия. — М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. — С. 22–47. В книге рассматривается взаимосвязь невротических расстройств с особенностями психического развития, с условиями воспитания и семейными отношениями, раскрываются личные качества и характеристики родителей, приводящие к невротическому развитию детей.

психического развития детей, впоследствии заболевающих неврозами. В общепринятом значении это — анамнез их жизни, раскрываемый посредством стандартизованного интервью с родителями. Помимо этого, характеристики раннего развития детей и самочувствия матери фиксировались вопросником из 500 пунктов.

Аntenатальные патогенные факторы. Проанализируем данные, полученные у 218 родителей детей с неврозами и 56 родителей детей, здоровых в нервно-психическом отношении.¹

До наступления беременности семейная обстановка у первой группы родителей в силу разных причин была более неблагоприятной, в основном из-за неуверенности в прочности брака. Более часто, чем в норме ($p < 0,001$), встречаются заболевания половой сферы, в основном у тех женщин, чьи дети впоследствии заболевают истерическим неврозом. Несмотря на отсутствие предохранения, беременность не возникала в течение нескольких лет у 36 % женщин, в норме — у 14 % ($p < 0,001$). Задержка объясняется главным образом нервным состоянием женщины и ее невротическим состоянием. Сопутствующие функциональные нарушения в диэнцефальной области мозга оказывают тормозящее влияние на центры гипоталамуса, регулирующие циклическую продукцию лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов.

В большинстве случаев беременность — первая по счету. Во время беременности большинство женщин (59 %) испытывают состояние эмоционального стресса. Он проявляется плохой переносимостью ожидания, тревожностью, внутренней напряженностью в условиях продолжающихся семейных проблем, общей неустроенности, волнений при сдаче экзаменов и зачетов во время учебы в институте. Фактически частота стресса при беременности будет выше, если учитывать и отрицательное отношение к ней у некоторых, еще не подготовленных к рождению ребенка и ориентированных на исполнение профессиональных обязанностей, женщин. По сравнению с другими неврозами стресс достоверно более выражен у матерей, чьи дети заболеют неврозом страха. Во всех случаях стресс у матерей встречается достоверно более часто, чем в норме.

¹ В дальнейшем обозначаемые как «здоровые».

Вероятность самопроизвольного аборта составляет 20 %, в норме — 18 %. При неврозе страха у детей она отмечается достоверно чаще, чем при остальных неврозах. Нет значимых различий и по сравнению с нормой токсикозов первой и второй половины беременности. Следовательно, ведущими патогенными факторами беременности у матерей детей, болеющих неврозами, являются как ее задержка под влиянием стресса, так и наличие самого стресса при беременности. В большей степени антенатальные патогенные факторы выражены в семьях мальчиков.

Перинатальные патогенные факторы. Роды в большинстве случаев наступают в срок. Преждевременные и поздние (на 2 нед. и больше) роды встречаются в 32 %; преждевременные — в 19 %, поздние — в 13 %. Преждевременные роды достоверно чаще наблюдаются среди нежеланных детей. У каждой второй женщины при родах отмечается выраженная слабость родовой деятельности и возникает необходимость в ее искусственной стимуляции.

Отсутствие крика при рождении фиксируется у 21 % мальчиков и 9 % девочек. Как правило, это связано с общей слабостью, «усталостью» новорожденного, являющейся откликом на патологию родовой деятельности у матери.

Различное по продолжительности отсутствие крика у новорожденного, как и патология родов в целом, наблюдается чаще у матерей, находящихся во время беременности в состоянии эмоционального стресса (соответственно $p < 0,001$ и $0,05$). Если у мальчиков отсутствие крика чаще всего встречается при сангвиническом и холерическом темпераменте, то у девочек — при флегматическом темпераменте. Патология родов у матерей достоверно более выражена при неврастении у детей.

Перенесенная внутриутробно и в родах гипоксия, по нашим наблюдениям, нередко обостряет в дальнейшем механическую память у детей. Это дает основание честолюбивым родителям помещать их в языковые и музыкальные школы. Однако церебрастенически обусловленные общая невыносимость и повышенная возбудимость мешают усвоению материала, создавая перенапряжение нервно-психических сил по неврастеническому типу.

Возраст матери при рождении детей — в среднем 28 лет, отца — 31 год, что превышает норму. Наиболее молодые матери и отцы — при последующем развитии у детей неврастении, наиболее «пожилые» отцы — при неврозе страха у детей. Молодые родители обычно более резки и нетерпеливы в своих требованиях, чаще физически наказывают детей, чем старшие по возрасту, но более беспокойные и опекающие родители.

Масса тела детей при рождении составляет в среднем 3260 г, не отличаясь от нормы.

Постнатальные патогенные факторы. Грудное вскармливание достаточно продолжительное и составляет в среднем 6 мес. Проблемы грудного вскармливания, если они есть, чаще представлены при неврозе страха.

Эмоциональный стресс у матери в первый год жизни ребенка не уменьшается, а возрастает, выявляясь у 82 % матерей. В норме он достоверно менее выражен. В ряде случаев стресс возникает после родов, явившихся сверхсильным психогенным раздражителем, и проявляется заторможенностью матери, что препятствует своевременным эмоциональным и речевым контактам с ребенком. Ведущая причина стресса в каждой второй семье — конфликтные отношения с мужем. Если он не хотел ребенка, то пока еще неофициальный разрыв супружеских отношений особенно тяжело сказывается на нервном состоянии матери. Грудной ребенок легко перенимает беспокойство матери, отвечая срыгиваниями, криком, беспокойным сном и сниженным аппетитом. В максимальной мере стресс представлен у матерей детей с неврозом страха.

Достаточно часто встречается и беспокойство матери в отношениях с детьми. При неврозах у детей оно достоверно чаще, чем в норме, особенно в отношении дочерей ($p < 0,001$).¹ Последнее объясняется аффективно заостренным уровнем материнского инстинкта к ребенку того же пола. Подтверждает это и меньший уровень ранней заботы о мальчиках по сравнению с нормой ($p < 0,01$) при отсутствии различий заботы о девочках.

¹ Беспокойство матери, как и другие стороны ее отношения, включает в себя ряд признаков одной из шкал упомянутого вопросника из 500 пунктов.

Закономерным следствием стресса матери и ее беспокойства будет появление у детей в первые годы жизни ответного беспокойства, даже при кратковременном отсутствии матери.

Невропатия. В настоящем она квалифицируется как аномалия нервно-психического развития, этиологически связанная либо с генетическим фактором, либо с экзогенными воздействиями во внутриутробном периоде (Ковалев В. В., 1979). В основе невропатии лежит функциональная недостаточность вегетативной регуляции (Кириченко Е. И., Журба Л. Т., 1976; Гарбузов В. И. и др., 1977), и в последующем она имеет корреляцию с неврозами (Лебедев С. В., 1979).

В генезе невропатии определенную роль играют переживания матери во время беременности.

Невропатия в наших наблюдениях расценивается как общая нервная ослабленность конституционально-антенатального плана. Можно выделить следующие ее признаки:

- *повышенная нервная чувствительность* в виде склонности к проявлению аффекта, эмоциональных расстройств и беспокойства;
- *нервная ослабленность* в виде общей невыносливости, легкой утомляемости в условиях повышенной нервно-психической нагрузки, а также при шуме, духоте, ярком свете;
- *нарушения сна*: поверхностный, чуткий, беспокойный или чрезмерно глубокий; затрудненное засыпание, уменьшенная потребность в дневном сне (отказ от него в 2–3 года);
- *вегетососудистая дистония* в результате дисфункции высших вегетативных центров. Проявляется артериальной гипотензией, плохим самочувствием при колебаниях барометрического давления, сосудистыми спазмами (головными болями), спазмами слизистых (ложным крупом, бронхиальной астмой, рвотами), а также повышенной потливостью, ознобами, сердцебиениями и неустойчивостью пульса;
- *соматическая ослабленность* вследствие снижения реактивности организма и его защитных иммунных сил. Проявляется частыми заболеваниями типа ОРВИ, хроническими тонзиллитами, трахеитами и бронхитами с астматическим компонентом, замедленным выздоровлением и длительным

- субфебрилитетом. Здесь же следует отметить частое появление грыж (особенно пупочной и паховой) и аденоидов;
- *диатезы* (экссудативно-катаральный, лимфатический и нервно-артритический) как проявления нарушенного обмена веществ и аллергии. У этих детей наблюдаются пониженное питание, бледность или повышенная масса тела, пастозность. В грудном возрасте типичны опрелости и зуд, в дальнейшем — аллергические реакции типа крапивницы и ангионевротического отека Квинке. Возможен переход экссудативно-катарального диатеза в нейродермит в условиях повышенной нервной нагрузки. Типична ферментативная недостаточность как следствие общего нарушения обмена веществ. Ввиду ограниченного выделения пищеварительных соков и пониженной массы тела количество физиологически усваиваемой пищи невелико и аппетит, в целом, снижен. Только в подростковом возрасте аппетит постепенно выравнивается, но сохраняется лабильная реакция желудочно-кишечного тракта (легкость возникновения тошноты и рвоты);
 - *психомоторные, конституционально обусловленные нарушения* типа энуреза, тиков и заикания. Они часто сменяют друг друга, что лишний раз заостряет внимание на лежащей в их основе невронатии.

На рентгенограмме черепа выявляется подчеркнутый сосудистый рисунок; на ЭЭГ — общие, нерезко выраженные диффузные изменения.

Невропатия встречается у 56 % детей, больных неврозами (у мальчиков — 60 %, у девочек — 50 %); достоверно чаще, чем в норме ($p < 0,001$).

У девочек невропатия достоверно часто преобладает при неврозе страха, у мальчиков — при истерическом неврозе. Отдельные симптомы невропатии могут не иметь столь очевидных различий при неврозах, например вегетососудистая дистония, несмотря на ее достоверно высокий уровень по сравнению с нормой.

Вопреки мнению о распространенности страхов при невропатии, их индекс (среднее число) не различается у детей при

невропатии и без нее. То же самое можно сказать и в отношении тревожности, тормозимости и возбудимости.

Вероятность появления невропатии достоверно повышается при наличии эмоционального стресса матери во время беременности ($p < 0,01$).

Изложенное дает основания квалифицировать невропатию не как причину неврозов, а как предрасполагающий фактор, наряду со своеобразием характера детей. Основная патогенная роль невропатии заключается в болезненном изменении реактивности организма, ослаблении его защитных сил и адаптивных возможностей. В результате воздействие стресса становится более патогенным и, главное, соматотропным.

Нерезко выраженные признаки невропатии уменьшаются в течение первых лет жизни, иногда проявляясь в виде психомоторных нарушений типа диуреза, заикания и тиков. В эти же годы «камнем преткновения» в отношениях между родителями и детьми являются невропатически обусловленные проблемы сна, еды и частых заболеваний. В отношении сна это проявляется неустанной борьбой с ребенком из-за отсутствия у него дневного сна с 1,5–2 лет. Фактически же потребность в дневном сне уменьшается за счет его измененного биоритма, нарастающей физической и познавательной активности и повышения возбудимости.

Проблема еды выражается в постоянных уговорах и принуждениях со стороны родителей; отказах и рвотах у детей. Действительно, любая кашицеобразная, мучнистая пища, как и грубая, жесткая, затрудняет глотание из-за мышечной слабости, нежности и ранимости слизистых. Быстро наступает и чувство насыщения ввиду небольшого объема желудка и повышенной чувствительности нервных окончаний. Вместе с недостаточным количеством пищеварительных соков это объясняет непережевывание повышенного для ребенка объема пищи и дискинезии желчевыводящих путей в дальнейшем.

Проблема соматической ослабленности выражается в бесконечных, по словам родителей, ОРВИ, вызванных измененной общей реактивностью детей. При прочих условиях они заболевают первыми и болеют дольше других, что ослабляет их и так невысокую иммунную активность. Это создаст характер-

ную ситуацию часто болеющего и не посещающего детский сад ребенка.

Ослабление признаков невропатии наблюдается к 10 годам, когда укрепляется биоритм сна и заметно возрастают защитные силы организма. Это отражается в уменьшении интенсивности некоторых психомоторных нарушений, в первую очередь энуреза. Однако постоянное перенапряжение нервно-психических сил и невроз как психогенное заболевание могут сохранить проявления невропатии на более длительный срок. В подростковом возрасте она обычно выражается вегетососудистой дистонией, бронхитами с астматическим компонентом, нейродермитом.

Резидуальная церебральная органическая недостаточность. Данный термин используется для обозначения патологии, имевшей место антенатально, перинатально и в первые два года жизни: антенатально и перинатально — как последствия частичной отслойки плаценты, выраженной недоношенности, асфиксии в родах и внутричерепной травмы; постнатально — это сепсис, церебральные осложнения инфекций, тяжелые ушибы и сотрясения головного мозга. Для определения органически обусловленной нервноности, возникающей позже, употребляется конкретный термин вроде «остаточные явления менингита». В целом, резидуальная патология встречается у 8,5 % детей с неврозами, без заметных различий по полу. Резидуальная патология и невропатия не связаны между собой и, скорее, представляют взаимоисключающие понятия. Однако они могут сочетаться, обычно на фоне недоношенности и наличия нескольких психомоторных расстройств одновременно.

Значение резидуальной церебральной патологии при неврозах состоит в дополнении их клинической картины церебрастеническим синдромом и более выраженным спектром поведенческих нарушений, главным образом повышенной возбудимостью и гиперактивностью. Вместе с тем отсутствуют расторможенность и агрессивность, которые наряду с отсутствием чувства вины представили бы клиническую картину психопатоподобно измененного поведения.

В отличие от невропатии, на которую оказывает существенное влияние стресс матери во время беременности, при резидуальной

дуальной органической патологии достоверно значимой оказывается нежеланность появления ребенка. О беременности узнают случайно, не следят за ней и нередко пытаются прервать ее. Риск органических повреждений также более высокий у позднородящих женщин.

Дизонтогенез. Общие закономерности психического дизонтогенеза раскрыты В. В. Ковалевым в рамках разрабатываемой им эволюционно-динамической концепции детской психиатрии (Ковалев В. В., 1981). Дизонтогенез может затрагивать разнообразные стороны развития, в том числе половое созревание (Лебединская К. С., 1973). Моделями дисгармонического психического развития являются невропатии и патологические развития личности — аномалии психического развития, в основе которых лежит дизонтогенез эмоционально-волевой сферы (Лебединский В. В., 1985). Проявления психического дизонтогенеза по типу дисгармонии формирования личности и парциальной задержки развития относятся к факторам психического риска первого порядка и встречаются у 30 % городской популяции детей (Ковалев В. В., Козловская Г. В., 1980).

Дизонтогенез при неврозах — это прежде всего проявление неравномерности развития, темпа созревания психических и физических функций. Встречаясь главным образом в первые годы жизни, неравномерность развития зависит от совместного действия многих факторов. Конституциональный фактор — это общность темпа развития с кем-либо из родителей или прародителей, которые, к примеру, также несколько позднее или раньше стали говорить или ходить. Неравномерность развития зависит и от темпа развития психических процессов и особенностей становления темперамента детей. Неравномерным будет становление темперамента у детей при наличии разных, особенно контрастных, темпераментов родителей. Вначале, как показывают наблюдения, может преобладать влияние холерического (или флегматического) темперамента одного из них, вызывая некоторое ускорение (или замедление) психического развития ребенка. В дальнейшем флегматический (или холерический) темперамент другого родителя способен несколько замедлить (или ускорить) темп

развития, т. е. восстановить его до обычного, свойственного большинству детей. Темп развития может снова меняться в подростковом возрасте, когда у одних подростков нарастают подвижность, энергичность, стремительность и возбудимость, а у других усиливаются медлительность и заторможенность. Обычно только с окончанием подросткового возраста можно говорить об индивидуально стабильном типе темперамента.

По разработанной нами шкале — «опережение психического развития в первые годы жизни» — наблюдается тенденция к более высоким показателям, чем в норме, у детей, впоследствии болеющих неврозами. В большей степени это заметно у детей с неврастенией. Другая шкала — «латентность — замедление раннего развития» — показывает меньшую выраженность по сравнению с нормой. Таким образом, обе шкалы независимо друг от друга подтверждают наличие некоторого опережения раннего развития у детей с неврозами. «Латентность развития» более свойственна детям, болеющим неврозом страха.

Отдельно изучены такие показатели, как развитие речи, время начала ходьбы, рост. Раннее развитие речи отмечается у 28 % мальчиков и 34 % девочек; соответственно возрасту — у 57 и 56 %; некоторое отставание — у 15 и 10 %.

Опережение времени начала ходьбы выявлено у 38 % мальчиков и 48 % девочек; начало ходьбы в год — у 49 и 43 %; некоторое отставание — у 13 % мальчиков и 9 % девочек.

Рост выше среднего имеют 27 % мальчиков и 29 % девочек: средний — 64 и 56 %; ниже среднего — 9 и 15 %. Таким образом, по приведенным показателям, опережение развития также преобладает над его задержкой.

При опережении речевого и общего психического развития относительно большее число мальчиков имеют холерический темперамент. При адекватном возрасту психическом развитии на первое место выходит сангвинический темперамент. При замедлении психического развития возрастает удельный вес флегматического темперамента, который, однако, не выражен чаще сангвинического. У девочек подобные соотношения не заметны. Таким образом, у мальчиков более выражена связь между темпом психического развития и темпераментом.

Темперамент. В классическом варианте темперамент — проявление темпа психических процессов (Стреляу Я., 1982). Свойства темперамента можно определить также как энергетическую характеристику психических свойств (Мерлин В. С., 1973). Темперамент подвержен возрастным изменениям, прежде всего связанным с процессом созревания (Стреляу Я., 1982).

Известна точка зрения И. П. Павлова на преобладание крайних типов темперамента при неврозах (Павлов И. П., 1938). По мнению В. И. Мясищева, состояние тревоги и страха, тревожной мнительности, обидчивости и взрывчатости, реализуясь в зависимости от темперамента, вызывают реакции эмотивного характера, переходящие в состояние невроза при непонимании со стороны окружающих (Мясищев В. П., 1973). В концепции В. И. Гарбузова основное патогенное противоречие при неврозах заключается в несоответствии средового влияния врожденному типу реагирования — темпераменту (Гарбузов В. И., 1977). Последний В. И. Гарбузовым рассматривается в измерениях холерического, сангвинического и флегматического темперамента. Меланхолический темперамент объединен с флегматическим, поскольку встречается редко в детском возрасте и представляет, скорее, клинический вариант, чем вариант нормы. Подобного мнения придерживаемся и мы, так как это позволяет к тому же более равномерно распределить темперамент по полярной шкале «холерик — сангвиник — флегматик». В качестве ведущего критерия темперамента нами используется темп протекания психических и моторных реакций. Соответственно, холерик при интервью определяется как «быстрый, стремительный, быстро говорит, думает, делает»; флегматик — как «медлительный, неторопливый, медленно говорит, думает, делает»; сангвиник — как среднее двух характеристик.

Данные о темпераменте 119 детей и подростков с неврозами получены при интервью с родителями и наблюдениях за спонтанной деятельностью детей в совместных играх. Получено следующее распределение холерического, сангвинического и флегматического темперамента: у мальчиков он встречается соответственно в 29–39–32 %; у девочек — 17,5–50–32,5 %. Обращает внимание отсутствие существенных отличий в типах

темперамента у мальчиков. У девочек более заметно преобладает сангвинический темперамент, затем идет флегматический: наименее выражен холерический темперамент.

Оценка родителями темперамента 90 детей и подростков с неврозами в возрасте 7–15 лет сравнивалась с аналогичной оценкой у 282 школьников того же возраста в норме. Выраженность холерического темперамента одинакова при неврозах и в норме; сангвинический темперамент относительно чаще, а флегматический — реже встречается в норме. Уменьшение числа детей с сангвиническим темпераментом и увеличение с флегматическим темпераментом может быть известным отражением болезненной заторможенности у детей с неврозами.

Оценка родителями своего темперамента не показывает преобладания его крайних типов у матерей и отцов детей с неврозами.

Рассмотрим контраст темпераментов у родителей и детей (холерического, с одной, и флегматического — с другой стороны). Матери чаще находят свой темперамент и темперамент мальчиков контрастным, чем отцы, соответственно в 35 и 20 %. У девочек, наоборот, отцы чаще считают свой темперамент с ними контрастным (44 %), чем матери (21 %). Следовательно, родитель противоположного с ребенком пола склонен чаще обнаруживать контраст в темпераментах, чем родитель того же пола.

При холерическом темпераменте наибольшим патогенным действием обладают чрезмерные ограничения со стороны родителей и других взрослых в семье. Происходит заострение возбудимости, активности и непоседливости этих детей, напоминающее гиперактивность. «Отсутствие тормозов», возбудимость и непоседливость проявляются в основном дома, в травмирующей обстановке. Постоянная стимуляция детей с флегматическим темпераментом оказывает тормозящий эффект. Они становятся инертными и вялыми, замедленными и «копушами». Холерический и флегматический темпераменты, таким образом, оказываются более чувствительными к издержкам отношения родителей. Но и сангвинический темперамент уязвим, если он представляет, как это нередко бывает у детей с неврозами, неустойчивое возрастное сочетание край-

них типов темперамента родителей. Например, темперамент ребенка может напоминать в чем-то холерический темперамент одного и флегматический темперамент другого родителя. В этом случае патогенно значимыми будут как чрезмерные ограничения, так и избыточная стимуляция активности детей со стороны родителей.

Общей в рассмотренных ситуациях будет безуспешность попыток родителей «исправить» природный темперамент детей — попыток, оборачивающихся перенапряжением их психофизиологических возможностей и неврозом.

Эмоциональный контакт родителей и детей — одно из условий нормального психического развития, формирования характера и личности. Проблемы эмоционального контакта с родителями у детей, которые впоследствии заболевают неврозами, обусловлены прежде всего гиперсоциальной направленностью личности матерей в виде гипертрофированного чувства долга, обязанности, повышенной принципиальности, трудности компромиссов. С одной стороны, эти матери много опекают и тревожатся, а с другой — поступают излишне правильно, но, что называется, без души. Часто не идут вовремя навстречу, стремятся излишне пунктуально выдерживать режим дня, без конца читают мораль и считают детскую возню, смех и веселье пустым времяпрепровождением.

Эмоциональный контакт нарушается и при помещении детей в ясли или замене матери другим воспитывающим лицом (няней, родственниками). Больше всего этих матерей в группе ИТР, прежде всего при гиперсоциальной направленности личности и незрелости чувства материнства. Эмоциональный контакт осложняется и при нежеланности детей, чаще — несвоевременности их появления или несоответствия пола ожидаемому родителями. Типичны затруднения и в эмоциональном контакте с отцом ввиду его занятости, недостаточной включенности в воспитание и конфликтной изоляции в семье.

В сумме показатели шкалы «проблемы эмоционального контакта с детьми» превышают аналогичные показатели в норме. Существенно, что мать не может обеспечить приемлемого и, главное, устойчивого эмоционального контакта, в то время когда ребенок наиболее нуждается в нем. В этой связи типич-

ной будет ситуация, когда нежность и любовь матери заменяются строгостью, отзывчивость — недоверием, терпение — раздражительностью, а последовательность — переходами из одной крайности в другую.

Рассмотрим более подробно такую сторону эмоционального контакта, как *привязанность детей к родителям* (прежде всего, к матери) в дошкольный период жизни. Привязанность формируется в условиях достаточно теплого, продолжительного и тесного контакта матери с ребенком. Осознанные проявления привязанности у эмоционально чувствительных детей при неврозах и в норме заметны с 7-месячного возраста, когда выражено беспокойство даже при непродолжительном отсутствии матери. Это указывает как на возникновение лежащего в основе привязанности чувства общности, единства с матерью (категория «мы»), так и на развитие первичных групповых или социальных отношений. Вместе с тем факт реагирования на отсутствие матери показывает, что ребенок ощущает себя в чем-то отличным от нее, когда остается один, не чувствуя поддержки и заботы. Подобная дифференциация указывает на зарождение чувства «Я» как осознанного восприятия себя. Выраженное беспокойство в отсутствие матери может отчетливо проявляться с 7 мес. до 2,5 лет у девочек (в норме до 2 лет) и 3 лет у мальчиков (в норме до 2,5 лет) и быть максимально представленным при помещении в больницу (без матери) и ясли.

В возрасте 8 мес. при неврозах и в норме возможен выраженный страх при появлении незнакомых взрослых. Ребенок при этом прижимается к матери. Создается впечатление, что он как бы подчеркивает привязанность к матери, будучи неспособным поделить ее с другими, особенно пожилыми и незнакомыми женщинами, отличными от сформировавшегося у него эмоционального образа матери. У девочек подобная, во многом инстинктивная, реакция может распространиться на мужчин. Появление категории «другого» или «они» в групповом контексте указывает на дальнейшую дифференциацию «Я» в структуре межличностных отношений. Боязливо-аффективное восприятие другого продолжается сравнительно недолго, и уже в 1 год 2 мес. ребенок менее беспокоен в при-

сутствии посторонних. С 1 года 2 мес. до 1 года 6 мес. он уже не столько боится, сколько настороженно воспринимает действия чужих взрослых (к сверстникам подобная реакция, как и страх раньше, отсутствует). Некоторая смущаемость (застенчивость) остается до 2,5 лет, после чего дети могут первыми вступать в контакт. Беспокойство в присутствии незнакомых взрослых нередко фиксируется в психотравмирующих условиях пребывания в яслях и больнице (особенно в возрасте 8 мес. — 1 года 6 мес., когда дети не способны привязаться к кому-либо, кроме матери, и воспринимают чужих взрослых с чувством страха). В итоге, возрастает беспокойство, повышается потребность в безопасности и невротически заостряется привязанность к матери. Следует обратить внимание и на то, что мальчики более чувствительны к разлуке с матерью, девочки более беспокойно воспринимают появление чужих взрослых.

При неврозах и в норме чувство привязанности достигает своего выраженного развития к 2 годам. В это же время активно представлено формирование «Я». Не случайно, что развитие привязанности к матери и чувства «Я» идет параллельно. Мать в это время нужна ребенку как опора, как образ уже сложившегося «Я», как источник удовлетворения эмоциональных потребностей. Поэтому спокойное, без лишней суеты, уверенное, последовательное и в то же время заботливое, любящее отношение матери вместе с нарастающей потребностью в подражании отцу (у мальчиков) способствует стабилизации чувства «Я» и постепенному уменьшению чрезмерной зависимости от родителей. Этого не происходит при неврозах, поскольку мать часто находится в состоянии эмоционального стресса и не может являться опорой или источником безопасности для ребенка. Скорее, она представляет источник повышенного беспокойства, особенно когда испытывает невротически обусловленную тревогу одиночества или навязчивый страх возможного несчастья с ребенком. Тогда, чрезмерно опекая ребенка, она в буквальном смысле слова «привязывает» его к себе, делая рабом собственного настроения, не отпуская от себя ни на шаг и тревожно предохраняя от воображаемых, несуществующих опасностей. В результате ребенок ис-

пытывает каждый раз все большее беспокойство, когда остается без матери, легко теряется, беспокоится и боится. Вместо активности и самостоятельности развиваются пассивность, зависимость, «цепляние» за мать, «приставучесть» и подобные им черты поведения в первые годы жизни детей. Потребность в привязанности нарастает при наличии невропатии и травмирующего опыта разлук с матерью. В итоге, можно говорить о формировании так называемой невротической привязанности, основанной на тревожности матери и аффективно заостренной потребности детей в безопасности.

Более выраженная, чем в норме, привязанность отмечается у детей, испытывающих много страхов, неуверенных в себе, часто болеющих и лишенных поддержки отца.

При недостаточно включенной позиции отца в жизнь семьи дети в большей степени привязаны к матери и легче переживают ее беспокойство. Последнее выражено и тогда, когда ребенок боится отца из-за его грубости, вспыльчивости или излишней строгости. Тогда он стремится получить недостающие тепло и внимание от матери, невротически привязываясь к ней. Подобная ситуация оказывает наиболее неблагоприятное воздействие на мальчиков, поскольку односторонний опыт общения с матерью привносит проблемы в их последующие отношения со сверстниками того же пола.

К 3 годам жизни привязанность при неврозах и в норме приобретает качественно новые черты, проявляясь выраженной потребностью в признании и любви со стороны родителей, скорее, чем в зависимости от них. Интенсивно развиваясь, потребность в любви достигает, как и все эмоциональное развитие в целом, выраженного уровня в 4 года. Причем любовь направлена главным образом на родителя противоположного с ребенком пола (у мальчиков — на мать; у девочек — на отца). В условиях удовлетворения родителями чувства любви к ним эмоциональное развитие детей протекает более благоприятно. На этом пути у детей с неврозами существуют определенные препятствия. Любовь родителей имеет условный или принципиальный характер, ребенок любим только тогда, когда оправдывает повышенные и субъективно односторонние требования к нему. Чувство любви нередко осложнено неприятием детей по полу, нежеланностью (преждевре-

менностью) их появления или наличием в семье более благополучного сибса (брата или сестры). Это чувство, как и привязанность, «созревает» у родителей детей с неврозами несколько позже, чем в норме, приходя в противоречие с максимально выраженной потребностью в нежности и ласке у детей младшего дошкольного возраста. К тому же оно часто заменяется аффективно заостренным беспокойством о ребенке, чрезмерной опекой и постоянными предохранениями, избыточной регламентацией его деятельности. Чувства матери обычно «растворяются» в борьбе с упрямством детей, не отвечающих односторонним представлениям о должном поведении. Наконец, в любви много нереализованных, невосполненных чувств к мужу или же она отсутствует ввиду схожести ребенка на отца, с которым мать находится в конфликте.

Отмеченные особенности материнской любви затрудняют эмоциональный контакт с детьми, препятствуют формированию полноценного чувства привязанности и создают характерный эффект эмоциональной депривации в первые годы их жизни.

В старшем дошкольном возрасте заметна *возрастная потребность в отождествлении (идентификации) детей с родителем того же пола* (у мальчиков — с отцом; у девочек — с матерью). Выражена в этом возрасте и потребность в общении со сверстниками как значимыми другими, что совпадает с развитием ролевых структур личности, умением принимать и играть роли. В этой связи родитель того же пола приобретает значение эталона — модели для формирования идентичных полу навыков поведения при достаточно выраженном чувстве любви к родителю другого пола. С целью уточнения этих положений проведен опрос 960 здоровых в нервно-психическом отношении детей и подростков 3–16 лет из полных семей.¹ Задавался вопрос о том, кем бы стал опрашиваемый в воображаемой игре «Семья»: мамой, папой или собой (порядок этих слов все время менялся для устранения суггестивного влияния). У мальчиков 5–8 лет и девочек 3–9 лет преобладает выбор родителя того же пола, максимально представленный в старшем дошкольном возрасте. Отождествление с мужской

¹ Захаров А. И. Психологические особенности восприятия детьми роли родителей // Вопр. психол. — 1982. — Вып. 1. — С. 59–68.

или женской ролью, воплощенной в лице родителя того же пола, даст возможность более уверенно чувствовать себя среди сверстников того же пола, быть принятым ими. Полоролевая идентификация в большей степени выражена у девочек, у которых она имеет и больший возрастной диапазон своего выражения, чем у мальчиков. Как у мальчиков, так и у девочек имеется корреляция между идентификацией с ролью родителя того же пола, его авторитетом в семье, предпочтением его профессии и отсутствием страха перед ним (последнее только у девочек). Таким образом, факторы авторитета, компетентности и безопасности — необходимые условия полоролевой идентификации с родителями.

Выбор роли родителя другого пола, несмотря на наличие привязанности (т. е. действие эмоционального фактора), незначителен. Выбор себя в игре «Семья» начинает преобладать у мальчиков с 10 лет, а у девочек — с 9 лет, являясь показателем роста самосознания личности. В 9 лет у мальчиков и 8 лет у девочек наблюдается перекрест между уменьшающимся выбором родителя того же пола и возрастающим выбором себя. С учетом доминирующих ответов можно считать старший дошкольный возраст адекватным для выбора роли родителя того же пола, подростковый — выбора себя, а младший школьный — смешанным (переходным) для обоих выборов.

При неврозах выборы в воображаемой игре «Семья» рассматривались у 335 детей из полных семей в возрасте 3–15 лет. Как и в норме, дети старшего дошкольного возраста чаще всего выбирают роль родителя идентичного с ним пола, особенно в 6 лет. Вместе с тем мальчики при неврозах чаще, чем в норме, выбирают роль матери, что заметно до 9 лет, и раньше начинают быть собой в игре «Семья» (с 8 лет, в норме — с 10 лет). Подобные тенденции указывают как на большую зависимость мальчиков с неврозами от матерей (феномен невротической привязанности), так и на развитие компенсаторного стремления к независимости (автономии) мнений и оценок. Говорит это также о недостаточной роли отца в жизни семьи.

При наличии конфликта между родителями девочки достоверно чаще, чем при его отсутствии, становятся собой в игре «Семья», отказываясь таким образом от выбора роли матери. У мальчиков конфликт родителей не сказывается на ха-

рактуре их выборов, т. е. девочки более чувствительны к отношениям в семье.

В старшем дошкольном возрасте мальчики с неврозами находятся в более сложной семейной ситуации, чем девочки. Вызвано это недостаточной ролью отца в семье и уходом в случае развода. Последствия этого будут рассмотрены в разделах «Страхи» и «Неполная семья». Пока же отметим, что мальчики, лишённые общения с отцом, обнаруживают большее количество страхов, неуверенность в себе и трудности в общении со сверстниками. Подобные отклонения в немалой степени обусловлены и компенсаторно-замещающим, односторонним влиянием матери, нередко уже больной неврозом.

Последнее, на чем мы остановимся в данном разделе, — это психологическая структура семейных отношений, известная под названием *комплекса Эдипа* у мальчиков и *комплекса Электры* — у девочек. По мнению З. Фрейда, «самый глубокий и постоянный мотив отчуждения, особенно между лицами одного пола, проявляется уже в раннем детском возрасте. Я имею в виду любовную конкуренцию явно подчеркнутого полового характера. Сын еще маленьким ребенком проявляет особую нежность к матери, которую считает своей собственностью, и видит в отце конкурента, который оспаривает у него это исключительное обладание. Точно так же маленькая дочь видит в матери человека, мешающего ее нежным отношениям с отцом и занимающего место, которое с радостью заняла бы сама девочка» (Фрейд З., 1922). Помещая комплекс Эдипа в центр конфликтного существования человека, З. Фрейд видит в нем и главный источник чувства вины при неврозах. Как известный этап формирования личности эти отношения могут иметь место в младшем дошкольном возрасте на фоне развития чувства тела. Причем речь идет не о половом чувстве, а о выраженном чувстве любви, направленном на родителя другого пола. Следует учесть и стремление к подражанию родителю того же пола, когда мальчик, так же как и отец, хочет быть женатым на матери, лежать утром с ней в одной постели, а девочка, как и мать, хочет быть замужем за отцом, по-детски повторяя в игре ее образ действий. На рубеже младшего и старшего дошкольного возраста эмоциональное влечение к родителю другого пола, мотивированное чувством любви (бо-

лее выраженным при внешнем сходстве с ним), дополняется потребностью в идентификации с родителем того же пола, который, таким образом, как и раньше, не является объектом враждебности. От того, насколько отмеченные возрастные тенденции будут конкурировать, а не гармонично дополнять друг друга, зависит характер семейных отношений. Попытки одного из родителей односторонне приблизить к себе ребенка, настроить его против другого родителя способны привести к проблемному ракурсу в естественную для возраста динамику личностных отношений, тем более что ревность (в 3–5 лет) и агрессивные фантазии (в 2–4 года) являются нормальным проявлением эмоционально насыщенных отношений в этом возрасте. Эти отрицательные чувства могут быть направлены на родителя того же пола, «монополизировавшего» эмоциональный контакт с ребенком, в то время как он любит родителя другого пола. Например, мать доминирует в воспитании, оттеснив на задний план отца, которого любит дочь, или отец не воспитывает, а «дрессирует» сына, считая его излишне мягким и эмоциональным, в то время как мальчик любит мать, уступающую ему и более отзывчивую. Неприязненные чувства в этом случае будут направлены на отца, отнявшего любовь матери. Мы видим, что агрессивные чувства в этих случаях обусловлены конкретной социально-психологической динамикой семейных отношений. При всем этом ребенок не может реализовать свои чувства и потребности, испытывая к родителям противоречивые чувства любви, восхищения, обиды, ревности и неприязни.

Неразрешимый внутренний конфликт является источником постоянного психического напряжения, играющего роль одного из невротически декомпенсирующих факторов. Чувство вины, испытываемое детьми при наличии противоречивых чувств к родителям, может иметь место, но главным образом в старшем дошкольном возрасте, когда происходит развитие социально опосредованных или высших эмоций.

Рассмотренные семейные ситуации типичны для детей с неврозами и представляют не что иное, как патогенно значимые модели межличностных конфликтов. Лучше всего и рассматривать их таковыми, в социально-психологическом ключе, не прибегая к искусственно созданной терминологии.

Проблемы адаптации. Посещают ясли 53 % мальчиков и 55 % девочек. Из них состояние аффекта возникает первое время у 92 % детей без различий по полу. Пребывание в яслях представляет для них психотравмирующую ситуацию в результате разлуки с матерью как объектом эмоционального предпочтения и безопасности, появления новых, незнакомых взрослых, которых еще боится ребенок, и ломки жизненного уклада в целом. Под воздействием этих факторов не смогли адаптироваться в яслях 73 % мальчиков и 52 % девочек. Большая трудность приспособления к яслям у мальчиков обусловлена их более интенсивной привязанностью к матери, чем у девочек, в связи с чем более травмирующим становится отделение от нее и прекращение эмоционального контакта. В свою очередь, более выраженный стресс является одной из причин достоверно более высокой ($p < 0,01$) заболеваемости (большей частью ОРВИ) у мальчиков, посещающих ясли (у 84 %), по сравнению с девочками (у 44 %). Посещение яслей в этих условиях становится невозможным, и ребенок остается дома, но в более худшем состоянии, чем до их посещения.

Выраженным психотравмирующим воздействием обладает также госпитализация в первые годы жизни по поводу заболеваний, обследования и операции (60 % из обследуемого контингента детей, бывших свыше недели в больнице). Госпитализация без матери имеет место у каждого второго ребенка. В этом случае почти всегда отмечается различной длительности и выраженности реактивное состояние. После выписки некоторые дети из-за пережитого эмоционального шока первое время не узнают родителей, затем болезненно реагируют на замечания, становятся более обидчивыми, требовательными и капризными. У них часто расстраивается сон, увеличиваются количество страхов и «прилипчивость» к родителям. Нарастают эмоциональная и вегетативная неустойчивость, вероятность появления психомоторных нарушений в виде тиков, заикания, энуреза. Определенную роль в происхождении невротического состояния может иметь отношение обслуживающего персонала, недостаточно учитывающее психологические особенности детей. Причиной невротического состояния при госпитализации являются в большинстве случаев те же факторы, что и при помещении детей в ясли (отрыв от ма-

тери, ломка стереотипа, страх незнакомых взрослых, как и чрезвычайно остро воспринимаемое чувство боли в раннем возрасте). Безусловно, не все реагируют подобным образом. Так, большинство из консультированных нами детей из детского дома не обнаруживают ярких реакций при госпитализации из-за отсутствия возрастных страхов, привязанности или недостаточного понимания происходящего, доходящего временами до степени безразличия. Но даже на детей, болеющих неврозами, госпитализация действует неодинаково. Наиболее травматична она у детей с последующим развитием невроза страха и истерического невроза, особенно при госпитализации без матери. Это не случайно, поскольку дети с истерическим неврозом эмоционально более тяжело переживают разрыв привычных связей, лишение любви, признания и поддержки. Для детей, болеющих неврозом страха, более характерно беспокойство в ответ на появление в больнице незнакомых взрослых, контрастирующих своим поведением с привычным отношением матери.

Следует коснуться и вопроса о неблагоприятных последствиях для детей с неврозами раннего помещения в санаторий, где срок пребывания, как правило, несколько месяцев. Даже в современных условиях приходящие воспитатели не могут заменить внимание и заботу матери для детей 2–5 лет. Отсутствие психологически регламентированной службы только усиливает эффект невротизации эмоционально чувствительных детей, когда их выбирают в качестве жертвы для проявления агрессивных чувств дети с психопатоподобными и психопатическими чертами поведения. Немалое число этих детей имеет почти каждый санаторий. Это еще больше осложняет адаптацию у детей с неврозами ввиду их беззащитности. Вместе с родительской депривацией подобная психогенная ситуация приводит к снижению эмоционального тонуса, расстройству настроения и замедлению процесса соматического оздоровления, что способствует заболеванию неврозом.

Рассмотрим более подробно проблемы адаптации в детском саду, поскольку большинство детей дошкольного возраста являются организованными.

Состояние аффекта в первое время посещения детского сада выявлено у 44 % детей (49 % мальчиков и 37,5 % дево-

чек). В большинстве случаев оно не достигает степени реактивного состояния, как в яслях: меньше и число детей, неадаптированных в детском саду — 41 % (45 % мальчиков и 35 % девочек). Обращает внимание несколько большее число неадаптированных мальчиков в детском саду, больше их также в яслях и школе. Если в яслях это объясняется более выраженным, чем у девочек, беспокойством при отделении от матери, то в детском саду и школе зависит от недостаточно сформированного навыка общения с отцом. В отношении частых соматических заболеваний различия у мальчиков и девочек отсутствуют (48 и 45 % соответственно).

Сравнение с нормой (мальчики и девочки вместе) показывает заметное преобладание у детей, болеющих неврозами, состояния аффекта при начале посещения детского сада ($p < 0,001$) и отсутствие адаптации в дальнейшем ($p < 0,001$). Прежде всего, это относится к эмоционально чувствительным, впечатлительным и боязливым детям, обнаруживающим тревожную зависимость от матери и невропатически обусловленные проблемы еды и дневного сна. Плохой аппетит и отсутствие дневного сна являются часто источником конфликтных отношений со стороны воспитателей, стыдящих, а то и наказывающих детей как непослушных.

В целом, число плохо адаптированных детей при неврозах заметно снижается в детском саду (41 %) и особенно в школе (26 %) по сравнению с яслями (65 %), что подчеркивает улучшение адаптации с возрастом.

Родители детей, у которых выявляется состояние аффекта при помещении в детский сад и неадаптированные в нем в дальнейшем, сравнивались по вопроснику ММРІ с родителями детей без проявления аффекта и адаптированных в детском саду (для краткости обозначим детей соответственно как адаптированных и неадаптированных). В профиле ММРІ у матерей и отцов неадаптированных детей заметен подъем 4-й шкалы (у матерей мальчиков различия достоверны ($p < 0,001$)). Ввиду относительно невысоких подъемов шкалы ее следует трактовать как наличие у родителей неадаптированных детей трудностей самоконтроля, конфликтности, проблем взаимоотношений с окружающими и, прежде всего, — с детьми.

Обращает внимание и подъем 1-й шкалы у матерей неадаптированных мальчиков ($p < 0,001$). Это указывает на большое количество жалоб, хроническое чувство усталости и недомогания, тревожно-мнительную фиксацию болезненных ощущений. Подобный настрой неблагоприятно отражается на выздоровлении детей, поскольку матери продолжают считать их больными даже тогда, когда практически они здоровы.

У матерей неадаптированных девочек достоверно более выражены 6-я и 7-я шкалы. Посредством механизма ролевой идентификации с матерью дочь усваивает такие особенности ее поведения, как нетерпимость к чужому мнению, чрезмерную настойчивость в осуществлении своих желаний, подозрительность и настороженность в контактах, склонность к предвзятым оценкам и категоричным суждениям (6-я шкала). Эти особенности характера матери сочетаются с неуверенностью и тревожной мнительностью (7-я шкала), создавая внутренне противоречивый облик ее личности. Непроизвольное усвоение детьми рассмотренных черт характера родителей осложняет отношения со сверстниками и затрудняет адаптацию в детском саду.

Упрямство — «камень преткновения» в отношениях с детьми, «столбовая дорога», ведущая к невротизации детей уже в первые годы жизни.

Наиболее часто упрямство возникает в возрасте от 1,5 до 2,5–3 лет (до 3 лет у более стеничных детей). Психологической основой происхождения упрямства будет формирующееся чувство «Я», подчеркнуто звучащее в 2 года. Ребенок стремится все делать сам и протестует против помощи и ограничений его возможностей. Развитие самостоятельности и активности, умения владеть собой представляет волевой аспект формирования «Я», максимально выраженный в 2 года. К этому возрасту ребенок упрям с точки зрения родителей, поскольку проявляет заметную настойчивость в осуществлении своих желаний и его нелегко переубедить. Известна педантичность детей этого возраста, стремление к порядку, определенному расположению вещей, месту за столом, времени укладывания. Упрямство здесь связано с изменением жизненного стереотипа, которое вызывает чувство беспокойства или протест, расстройство настроения и капризность. Постоянство окружающей сре-

ды для ребенка, как и определенная последовательность (ри-туал) его действий, создаст чувство безопасности, изначальной уверенности в себе, являясь необходимой предпосылкой для формирования целостного чувства «Я».

Физиологическая сторона упрямства, по нашим наблюдениям, связана с начальным этапом повышения активности левого полушария, сопровождаемого осознанием чувства «Я» и развитием речи, наиболее активно представленных (как и само упрямство) в 1,5–2,5 года. Нарастание активности левого полушария происходит в условиях социально детерминированного перехода от спонтанного, недостаточно контролируемого сознанием поведения и непосредственного (наивного) выражения чувств (феномен правополушарной активности) к осознанному усвоению предписаний и запретов, сдерживанию выражения эмоции, т. е. к тому, что обозначается как социализация или рационализация чувств.

Процесс социализации у детей, болеющих неврозами, сопровождается со стороны родителей чрезмерно ранними и категоричными требованиями опрятности, правильно сформулированной речи, подчеркнутым стремлением все организовать, упорядочить, регламентировать. В большей степени это присуще родителям с гиперсоциальной направленностью личности, дети у которых наиболее упрямы с их точки зрения. Преждевременная вербально-информативная нагрузка на еще недостаточно функционально развитое левое полушарие приводит к его быстрому утомлению и компенсаторно-реактивному сохранению односторонне эмотивного (преимущественно правополушарного) типа поведения. Клинически это проявляется возрастающей аффективностью (обидчивостью, недовольством, капризностью и истериками, расцениваемыми как упрямство) в ответ на продолжающиеся избыточные требования взрослых. Это случаи, когда ребенок «не слышит», т. е. перестает реагировать на слова в качестве левополушарных раздражителей, дает неадекватно сильную или слабую реакцию в ответ на обращения взрослых или поступает вопреки их требованиям. Нетрудно увидеть в этом аналог фазовых состояний в деятельности мозга: уравнительной, парадоксальной и ультрапарадоксальной фаз, тесно связанных, на наш взгляд,

с возрастной, но клинически заостренной динамикой межполюсных соотношений.

Существенное значение в генезе упрямства в рассматриваемом возрасте имеют также чрезмерные ограничения активности у детей с холерическим темпераментом и избыточная стимуляция у детей с флегматическим темпераментом. В первом случае повышается возбудимость, а во втором случае — тормозимость, что осложняет еще в большей степени восприятие требований родителей.

Упрямство, таким образом, имеет неоднозначные источники своего происхождения, обусловленные главным образом отклонениями в отношении родителей к детям. Возрастные проявления чувства «Я», воли, эмоций и темперамента только тогда становятся проблемой упрямства для родителей, когда они не способны адекватно оценить своеобразие психического развития детей.

Следует заметить, что упрямство у детей означает наличие у них не только стеничности, но и способности противостоять психическому давлению и диктату родителей. Тогда отсутствуют признаки невроза как заболевания, поскольку ребенок может как-то отреагировать свои желания и эмоции. В условиях же их нарастающей блокады, ограничений возможностей самовыражения и чрезмерно ранней интеллектуальной стимуляции облегчается возникновение невротических расстройств при все более возбудимом (у детей с холерическим темпераментом), тормозимом (у детей с флегматическим темпераментом) или смешанном (у детей с сангвиническим темпераментом) характере дальнейшего психического реагирования.

Если родители продолжают упорно считать своих взрослеющих детей упрямыми, то это указывает на неблагоприятные особенности личности самих родителей, а также фиксацию предшествующих проблем в отношениях с детьми, их неразрешимый характер. Реактивный, семейно обусловленный генезис упрямства подтверждает его наличие в семье и отсутствие вне дома, подчеркнутое внушаемостью таких детей. Нам почти всегда удается найти лучшее, чем дома, взаимопонимание с ребенком, что подтверждает субъективный, проблемный характер оценки родителей.

По мнению родителей, упрямым считается каждый второй ребенок. Если у матерей нет различий в оценке мальчиков и девочек как упрямых, то у отцов упрямыми чаще считаются девочки. Как матери, так и отцы наиболее часто определяют упрямыми детей с истерическим неврозом, наименее часто — детей с неврозом страха (различия статистически достоверны).

Матери чаще всего находят детей упрямыми в дошкольном возрасте по сравнению с младшим школьным и особенно подростковым возрастом. Отцы, наоборот, чаще находят упрямыми мальчиков в школьном возрасте (в младшем школьном и подростковом), девочек — одинаково часто в дошкольном и подростковом возрасте (при уменьшении в младшем школьном). Следовательно, проблема упрямства более значима для матерей детей дошкольного, а для отцов — школьного возраста.

В 1,5–2,5 года упрямство относительно менее выражено у детей, болеющих неврозами, по сравнению с нормой. Объясняется это наличием невротической привязанности к матери и интенсивным, пока относительно «успешным», психологическим давлением родителей в виде многочисленных принуждений, угроз и физических наказаний по поводу проявлений своеволия и двигательной активности. Зато в последующие годы происходит своеобразный перекрест — уменьшение упрямства, по мнению родителей, в норме и возрастание при неврозах. Наряду с упрямством, родители детей с неврозами более отрицательно оценивают их в старшем возрасте и по многим другим шкалам разработанного нами вопросника. В норме количество отрицательных оценок характера детей существенно уменьшается по мере увеличения их возраста. Все это указывает на неспособность родителей детей с неврозами найти подход к психическому развитию детей, особенностям формирования их характера и личности.

Достоверно более упрямыми матери считают детей с холерическим, чем с сангвиническим и флегматическим, темпераментом. В большей степени это относится к мальчикам, что подчеркивает непереносимость матерями их холерического темперамента. У отцов нет связи между оценками упрямства детей и их темпераментом.

Конфликт между родителями не сказывается заметным образом на определении детей как упрямых. Это происходит достоверно чаще при непосредственном конфликте с детьми обо-его пола со стороны матери и конфликте с девочками — у отцов.

Использован ряд личностных вопросников с целью поиска различий между родителями, считающими детей упрямыми и не упрямыми. При изложении данных приводятся достоверные различия, определяемые по критерию Стьюдента.

Личностный вопросник Айзенка (обследовано 140 матерей и 114 отцов) и *цветовой тест Люшера* (120 матерей и 101 отец) не обнаруживают значимых различий в указанных группах родителей, т. е. эти методики не дифференцируют изучаемую сторону семейных отношений.

Личностный вопросник Кеттелла применялся в двух формах: «С» и «А» — одновременно (у 155 матерей и 96 отцов). По вопроснику «С» различия отсутствуют. По вопроснику «А» матери, оценивающие мальчиков как упрямых, обладают более выраженными доминантными (властными) чертами характера (фактор «Е»). Вместе с тем у них снижен эмоциональный тонус, повышено беспокойство и чувство вины (тревно-депримированный фон настроения — фактор «О»). Они напряжены, раздражительны и нетерпеливы, испытывают много субъективно неразрешимых эмоциональных проблем (фрустрированы — фактор «Q₄»). Матери, оценивающие девочек как упрямых,¹ робки, застенчивы, чувствительны к угрозе, сдержанны в общении, индивидуалистичны, испытывают чувство неполноценности (низкие оценки по фактору «П»).

У отцов упрямых мальчиков различий нет, поскольку чаще всего оцениваются, как упрямые, девочки. В последнем случае наиболее выделяющейся характеристикой будет отсутствие озабоченности за последствия своих поступков, их прогнозирования, как и желания искать и анализировать мотивы поведения у взаимодействующих с отцами лиц (фактор «F»).

По *тесту интеллекта Векслера — WA1S* (24 матери и 24 отца) найдена отрицательная корреляция между выраженно-

¹ В дальнейшем вместо мать (отец), оценивающая детей как упрямых, пишется мать (отец) упрямых детей.

стью *IQ* (коэффициента умственного развития) у отцов и оценкой детей как упрямых, т. е. в последнем случае отцы обладают относительно более низкими показателями интеллектуального развития.

По данным *личностного вопросника ММРІ* (121 мать и 105 отцов), у матерей, оценивающих детей как упрямых, низкий самоконтроль, импульсивность и конфликтность, трудности во взаимоотношениях с окружающими (4-я шкала). Одновременно они недостаточно уверены в себе, в правильности своих действий, тревожно-мнительно застревают на трудностях взаимоотношений, загружены переживаниями и озабочены вопросами морали, обнаруживая повышенное внимание к проявлениям авторитета (7-я шкала). Им не хватает эмоциональной отзывчивости, теплоты и искренности в отношениях (8-я шкала). Матери упрямых девочек обладают и такими личностными характеристиками, как нетерпимость и ригидность мышления, подозрительность, склонность к образованию сверхценных идей (6-я шкала). В этом случае мать убеждена в наличии трудного, несговорчивого, «вредного» и «неисправимого» характера дочери. У этих же матерей ограничена сфера общения, и их контакты носят подчеркнуто избирательный характер (0 шкала). Проблемы в установлении контактов присущи также отцам упрямых девочек. Различия у матерей, по отобранным нами дополнительным шкалам *ММРІ*, имеются только в семьях девочек. Определяя их как упрямых, матери тревожны, зависимы, личностно изменчивы (непостоянны), плохо приспосабливаются к действительности, причем подобные различия, кроме последнего, представлены на высоком уровне значимости ($p < 0,001$).

У отцов упрямых детей высокие показатели контроля, силы «Я» и лидерства. Отцы мальчиков обладают к тому же большей независимостью суждений. Для отцов девочек характерны личностная изменчивость (при выраженном внешнем контроле и силе «Я») и меньшая доминантность (при лидировании в сфере межличностных отношений вне семьи).

Личность родителей (110 матерей и 95 отцов), оценивающих детей как упрямых и не упрямых, исследовалась также с помощью *методики фрустрации Розенцвейга*. У матерей упря-

мых детей достоверно более выражено сочетание препятственно-доминантного типа реакций (ОД) и экстрапунитивной их направленности (Е'). Это означает, что матери при оценке детей как упрямых склонны подчеркивать наличие препятствий в ситуации конфликта, застревать на нем, вместо конструктивного разрешения трудностей в общении с детьми. Отцы при оценке детей как упрямых обнаруживают достоверно более частое сочетание препятственно-доминантного типа реакций (ОД) и их импунитивной направленности (М'). Эти отцы не замечают минусы фрустрирующей ситуации, не придают ей должного значения, отказываются понять источники конфликта, что способствует появлению его в дальнейшем.

Посредством методики «незаконченные предложения» выявляются конфликтные сферы отношений в личности. Методика использовалась у 103 матерей и 77 отцов. У матерей упрямых девочек более выражены конфликтные сферы отношений в семье и половой жизни. Конфликтная позиция звучит и в отношениях к бабушке ребенка. Выше у матерей в семьях девочек и суммарный индекс конфликтности (по всем сферам отношений вместе). Наблюдения показывают, что свои нерешенные семейные проблемы мать переносит на дочь, произвольно блокируя эмоциональный контакт с отцом и ревностно воспринимая ее нарастающее самоутверждение в женской роли. Заслуживает внимания и то, что у отцов, считающих детей упрямыми, выделяются конфликтные отношения с противоположным полом. Отчасти этим объясняется негативность в восприятии отцами «упрямого» характера дочерей, напоминающего в чем-то характер супруги.

Заслуживающие внимания данные получены по вопроснику *PARI*, раскрывающему отношение к семейной роли и воспитанию детей (у 152 матерей). Матери упрямых мальчиков и девочек обладают повышенной вспыльчивостью и раздражительностью ($p < 0,0005$). Присущ им и отказ от выполнения роли только хозяйки дома. Матери упрямых девочек, доминируя в семье, ограничивают ее внешнее влияние.

Полученные результаты дают основание говорить о существенных клинических и личностных отклонениях у родителей, оценивающих детей как упрямых. В известной мере ро-

дители неосознанно проецируют свои личностные проблемы на детей и сами же аффективно на них реагируют. Получается замкнутый круг, поскольку нарастающее ответное напряжение детей не находит выхода и способствует развитию фазовых невротических состояний. Это еще больше осложняет отношения с родителями, теперь уже жалующимися на неискоренимое упрямство или «дух противоречия», сидящий в их детях. В более психологически сложной семейной ситуации в отношении упрямства оказываются девочки, находящиеся в психически напряженном поле отреагирования обоими родителями своих личных проблем. По мере понимания родителями источников одностороннего взгляда на детей, перестройки отношений и семейной психотерапии проблема упрямства, казавшаяся раньше неразрешимой, постепенно сходит на нет. Родители перестают жаловаться на упрямство детей, их оценки становятся более сбалансированными и доброжелательными. Вместе с возрастающей способностью разрешать конфликты это позволяет предотвратить самое серьезное осложнение «хронического упрямства» — развитие конфликтной структуры личности.

Своеобразие детей до заболевания неврозом, или преморбидные особенности, — одно из центральных понятий неврологии. К данному разделу эпиграфом могло бы стать высказывание: «Психология неврозов — это психология человеческого сердца вообще» (Кречмер Э., 1927). Преморбидные особенности оцениваются в зависимости от клинического и психологического опыта специалистов. Некоторые из них приравнивают преморбидные особенности к акцентуации характера или психопатическим изменениям; другие, наоборот, нивелируют даже те психологические проблемы формирования характера и личности, которые нередко имеют место. Соответственно, есть тенденции растворения неврозов в психопатиях, когда невротические реакции расцениваются как разновидность декомпенсации психопатий (Бумке О., 1929; Ганнушкин П. Б., 1933). Имеются и попытки слияния неврозов с нормой, когда различия между ними становятся неотличимыми (ортодоксальный психоанализ). То же относится к конфликтным диспозициям, способствующим возникновению невро-

за. Они считаются следствием имеющихся характерологических дефектов, вариантом нормы или результатом неблагоприятного воздействия окружающей среды. Имеется точка зрения на совмещение характера и ключевого переживания как ключа и замка (Кречмер Э., 1927). Часто наблюдается сочетание характерологических особенностей (своеобразия) и неблагоприятной жизненной ситуации (Осипова Е. А., 1932). Подобное сочетание существует и при так называемом «неврозе характера» (Horney К., 1937). Объединяющим началом может быть и состояние невротической готовности (Буянов М. И., 1986). Подчеркивается, что преневротические характерологические радикалы формируются под воздействием неправильного воспитания на основе того или иного типа темперамента (Гарбузов В. И. и др., 1977). Наиболее распространено мнение о наличии у детей до заболевания неврозом определенных особенностей, не играющих ведущей роли в их происхождении, но участвующих в патогенезе в качестве одной из предпосылок или патопластического фактора (Мясищев В. Н., 1934; Симеон Т. П., 1958; Сухарева Г. Е. и Юсевич Л. С., 1965; Захаров А. И., 1971). Вместе с тем невроз может возникнуть под влиянием психотравмирующих условий жизни у детей, не отличающихся какими-либо особенностями от сверстников (Мясищев В. Н., 1960; Adler А., 1928).

Более восприимчивы к психической травматизации дети впечатлительные, легковозбудимые, пугливые (Сухарева Г. Е., Юсевич Л. С., 1965). У них развито чувство «Я» (Adler А., 1928), свойственна интровертированность (Осипова Е. А., 1932). Интровертированность, склонность к фиксации на неприятных переживаниях, «сложность» психики являются предпосылками для развития невроза, в то время как примитивная, малодифференцированная психика, отсутствие глубины переживаний, невысокий интеллект представляют условия, исключающие возможность сложных гиперкомпенсаторных невротических образований (Бернштейн Г. И., Брайнина М. Я., 1933). Подчеркивается сочетание повышенной восприимчивости, чувствительности и неуверенности в себе с чувством ответственности, хорошим пониманием социальных нормативов (Александровская Э. М., 1986). Выделяется перевес субъективного и аффективного над объективным и логическим, а так-

же аффективной инертности над аффективной пластичностью, создающий вязкие доминанты болезненных переживаний. Это не исключает повышенной принципиальности лиц, болеющих неврозами, для которых характерна к тому же избирательная чувствительность к некоторым сторонам жизни, вытекающая из истории развития. Предрасполагающим к невротической декомпенсации в характере будет все то, что обостряет чувствительность, создает противоречия, прежде всего конфликты на личной почве, и затрудняет их продуктивное преодоление (Мясищев В. Н., 1965).

Для обозначения преморбидных особенностей наиболее целесообразен термин «своеобразие», оттеняющий особенности темперамента, характера и формирующейся личности. Своеобразие отличается от патогномоничных для психопатии акцентуаций характера. Чем больше степень предшествующих неврозу изменений характера, тем менее он специфичен в нозологическом единстве.

Преморбидное своеобразие детей складывается из факторов следующего порядка:

- *эмоциональность*. Проявляется в виде повышенной восприимчивости к радостям и печалям, настроению окружающих лиц, склонности к переживаниям. Это создает чувствительность ко всякого рода проблемам отношений, будь то ранняя разлука с матерью, недостаток внимания, любви и заботы, излишне принципиальное отношение взрослых или неприятие сверстников;
- *непосредственность*. Эти дети наивны и бесхитростны, им чужды ложь и лицемерие, игра и фальшь, двойственность чувств и желаний. Если они плачут, то это слезы искреннего огорчения: если радуются, то это неподдельная радость; если сердятся, то это гнев, а не наигранное возмущение. Будучи достаточно внушаемыми по возрасту, они не конформны, т. е. не склонны говорить и поступать противоположно своим мыслям и желаниям;
- *впечатлительность* — как проявление эмоциональной памяти способствует запечатлеваемости и фиксации многих, в том числе неприятных событий, когда ребенок долго помнит обиду, оскорбление, страх, возвращается мыслями

к пережитому и не способен легко, как большинство сверстников, отвлечься и переключиться на новые цели;

- *импрессивность* — склонность к внутренней переработке, накоплению отрицательных чувств (переживаний). Родители говорят о таких детях: «все переживания держит в себе», «не склонен делиться своими огорчениями», «если расплачется или обидится, то не сразу, а потом», «дочь сразу не показала вида, что радуется нашему приезду, хотя очень соскучилась, но спустя некоторое время “повисла” на нас со слезами радости», «сын трех лет в детском саду неподвижно сидел на стуле, опасаясь сделать что-либо не так, как того требовала воспитательница. Дома был подавленным, “страшно усталым”, затем становился возбужденным, чрезмерно подвижным и капризным, долго не мог заснуть вечером». Импрессивность подразумевает отсутствие быстрой эмоциональной реакции в ответ на волнующие ребенка события. Он как бы накапливает ее изнутри, исподволь, и выражает не сразу, а позже и то не во всех случаях. Причем выражение отрицательных эмоций часто сопровождается чувством вины, иногда раздражения, но не злости. В более широком плане импрессивность может быть одним из проявлений несколько более медленного, чем обычно, раскрытия потенциала психического развития, когда нужно подождать, дать известное время, чтобы психика созрела, чтобы ребенок стал таким, как все;
- *выраженность чувства «Я»*. Заключается прежде всего в раннем осознании отличий себя от окружающих, подчеркнутым чувстве собственного достоинства, выраженной потребности самоутверждения. Эти дети всегда имеют свою точку зрения, стремятся к самостоятельности, активны в достижении поставленной цели, предпочитают играть ведущие роли, что реально удается редко. Они не переносят повышенного, приказного и тем более раздраженного тона, оскорблений и физических наказаний. В ответ на это обижаются, уходят в себя или (реже) плачут. Свойственна им и повышенная чувствительность к похвале, оценкам и мнению других людей, т. е. отношению к себе. Им не просто попросить прощения, отказаться от своих убеждений, подстроиться и быть не собой, играть несвойственные роли.

В старшем дошкольном и младшем школьном возрасте заметны обязательность, исполнительность, развитое чувство долга, вины и стыда. Подчеркнут у этих детей и инстинкт самосохранения, на что указывает не только большее число инстинктивно опосредованных страхов, в том числе страхов смерти в последующие годы, но и чувство осторожности, предусмотрительности в новых ситуациях, а также выраженный страх незнакомых людей в раннем возрасте. Эти дети не игнорируют опасности, не бросаются куда-нибудь «сломя голову», вовремя останавливаются там, где можно упасть, цепляются за мать при купании или поднятии на руках. От них не надо далеко прятать острые предметы, они никогда не играют со спичками и у них исключительно мало несчастных случаев по собственной вине. Этим они кардинальным образом отличаются от детей с органически обусловленным психопатоподобным или психопатическим (возбудимого круга) поведением, демонстрирующих отсутствие осторожности и страхов, импульсивность, безрассудство, игнорирование опасности и, как следствие — большое число несчастных случаев;

- *беззащитность*. Как антипод агрессивности она звучит главным образом в общении со сверстниками, когда ребенок не может защитить себя, «дать сдачи», ответить на оскорбления. Он терзается, не находит подходящих слов, молчит или плачет, горько переживая унижение и обиду, свою неспособность влиять на исход событий. Всем этим умело пользуются сверстники с психопатическими чертами характера, безошибочно выделяющие детей, неспособных защитить себя, чтобы покуражиться над ними, угрожать и запугивать, использовать для отреагирования своих агрессивных чувств. Беззащитность, как и выраженность чувства «Я», импрессивность, — многоплановое по своему генезу психологическое образование. Это и проявление добродушия — отсутствия злости, агрессивности, деструктивных реакций и установок. Это и повышенная эмоциональная чувствительность, нежность и ранимость, склонность к развитию защитного торможения. Имеют значение также повышенная чувствительность к боли и общая физическая ослабленность;

- *гуманистическая направленность формирования личности* представляет комплекс таких характеристик, как честность, дружелюбие, сострадание, жалостливость, чувство долга и вины, стремление соответствовать групповым, социально-приемлемым стандартам и нормам. В какой-то мере это говорит и об альтруистической стороне личности. Действительно, эти дети переживают «за все и всех», воспринимают чужую боль, как свою, и нередко принимают удар на себя в прямом и переносном смысле слова. Родители говорят о них: «даже муху убитую принесет», «если у него появился друг, то это на всю жизнь», «не может себя защитить, но способен защитить другого, хотя за это ему часто попадает». Обращает внимание и отсутствие негативных чувств к родителям даже при наличии конфликта, криков, оскорблений и физических наказаний. Это не исключает переживаний детей, которые к тому же боятся наказания или осуждения со стороны родителей. Типичным в рассматриваемом аспекте будет ответ девочки 5 лет на вопрос о том, боится ли она заболеть: «Сама я не боюсь заболеть, но мне плохо, когда болеет кто-либо из родителей, потому что я жалею своих родителей».

Своеобразие детей, болеющих впоследствии неврозами, обусловлено такими характеристиками темперамента, как эмоциональность и впечатлительность; характера — как непосредственность и импрессивность, выраженность чувства «Я»; личности — как беззащитность и гуманистическая направленность.

В преморбидном своеобразии детей можно заметить наличие некоторых контрастных сторон. Это прежде всего сочетание эмоциональности, непосредственности и присущей этим детям общительности с импрессивностью — внутренним проявлением эмоций; выраженности чувства «Я» и беззащитности; эмоциональных и рациональных сторон психики. Под влиянием психотравмирующих жизненных обстоятельств, длительно действующего стресса эмоциональность превращается в эмотивность; непосредственность и впечатлительность — в настороженность и беспокойство; импрессивность — в тормозимость, а беззащитность — в ранимость и уязвимость. Подоб-

ная динамика создаст эффект сензитивности — повышенной эмоциональной чувствительности, обидчивости, склонности все близко «принимать к сердцу», легко расстраиваться и много переживать. Особенно заметна непереносимость насмешек, иронии, замечаний, угроз и повышенного тона взрослых. У этих детей часто «глаза на мокром месте», и они расцениваются родителями как капризные, беспокойные, чрезмерно гордые и упрямые, не такие, как все.

В. В. Лебединский

ОБЩИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА¹

Клинические закономерности дизонтогенеза

Понятие дизонтогении

В 1927 г. Швальбе (цит. по Ушакову Г. К., 1973) впервые употребил термин «дизонтогения», обозначая им отклонения внутриутробного формирования структур организма от нормального развития. Впоследствии термин «дизонтогения» приобрел более широкое значение. Им стали обозначать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости.

¹ Печатается по изд.: *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей. — М.: Изд-во МГУ, 1985. — С. 7–27. Монография содержит систематическое изложение основных патопсихологических закономерностей нарушений психического развития у детей. Выделен ряд общих закономерностей аномального развития, представлена оригинальная классификация типов психического дизонтогенеза.

Как известно, практически почти любое более или менее длительное патологическое воздействие на незрелый мозг может привести к отклонению психического развития. Его проявления будут различны в зависимости от этиологии, локализации, степени распространенности и выраженности поражения, времени его возникновения и длительности воздействия, а также социальных условий, в которых оказался больной ребенок. Эти факторы определяют и основную модальность психического дизонтогенеза, обусловленную тем, страдают ли первично зрение, слух, моторика, интеллект, потребностно-эмоциональная сфера.

В отечественной дефектологии применительно к дизонтогенезам принят термин «аномалия развития».

Этиология и патогенез дизонтогенезов

Изучение причин и механизмов формирования дизонтогенезов нервно-психического развития особенно расширилось в последние десятилетия в связи с успехами генетики, биохимии, эмбриологии, нейрофизиологии.

Как известно, нарушения нервной системы могут быть вызваны как биологическими факторами, так и социальными.

Среди биологических факторов значительное место занимают так называемые пороки развития мозга, связанные с поражением генетического материала (хромосомные aberrации, генные мутации, наследственно обусловленные дефекты обмена и др.). Большая роль отводится внутриутробным нарушениям (в связи с тяжелыми токсикозами беременности, токсоплазмозом, люэсом, краснухой и другими инфекциями, различными интоксикациями, в том числе гормонального и лекарственного происхождения), патологии родов, инфекциям, интоксикациям и травмам, реже — опухолевым образованиям раннего постнатального периода. При этом нарушения развития могут быть связаны с относительно стабильными патологическими состояниями нервной системы, как это имеет место при мозговой недостаточности вследствие хромосомных aberrаций, многих резидуальных органических состояниях, а также возникать на почве текущих заболеваний (врожденных дефектов обмена, хронических дегенеративных

заболеваний, прогрессирующей гидроцефалии, опухолей, энцефалитов, шизофрении, эпилепсии и т. д.).

Незрелость развития мозга, слабость гематоэнцефалического барьера обуславливают повышенную восприимчивость центральной нервной системы ребенка к различным вредностям. Как известно, целый ряд патогенных факторов, не оказывающих влияния на взрослого, вызывает нервно-психические нарушения и аномалии развития у детей. При этом в детском возрасте встречаются такие церебральные заболевания и симптомы, которые у взрослых либо совсем не бывают, либо наблюдаются очень редко (ревматическая хорея, фебрильные судороги и др.). Отмечается значительная частота вовлечения мозга в соматические инфекционные процессы, связанные с недостаточностью мозговых защитных барьеров и слабостью иммунитета.

Большое значение имеет *время* повреждения. Объем поражения тканей и органов при прочих равных условиях тем более выражен, чем раньше действует патогенный фактор. Стоккардом (1921) было показано, что тип порока развития в эмбриональном периоде определяется временем патологического воздействия. Наиболее ранимым является период максимальной клеточной дифференциации. Если же патогенный фактор воздействует в период «отдыха» клеток, то ткани могут избежать патологического влияния. Поэтому одни и те же пороки развития могут возникать в результате действия различных внешних причин, но в один период развития, и, наоборот, одна и та же причина, действуя в разные периоды внутриутробного онтогенеза, может вызвать разные виды аномалий развития. Для поражения нервной системы особенно неблагоприятно воздействие вредности в первую треть беременности.

Характер нарушения также зависит от мозговой локализации процесса и степени его распространенности. Особенности детского возраста является, с одной стороны, незрелость, а с другой — большая, чем у взрослых, тенденция к росту и обусловленная ею способность к компенсации дефекта (Т. Трамер, 1994; Г. Е. Сухарева, 1955; Г. Гёлльниц, 1970).

Поэтому при поражениях, локализованных в определенных центрах и проводящих путях, длительное время может не

наблюдаться выпадения определенных функций. Так, при локальном поражении компенсация, как правило, значительно выше, чем при дефицитарности функции, возникшей на фоне общемозговой недостаточности, наблюдаемой при диффузных органических поражениях ЦНС. В первом случае компенсация идет за счет сохранности других систем мозга, во втором — общая недостаточность мозга ограничивает компенсаторные возможности.

Большое значение имеет и *интенсивность* повреждения мозга. При органических поражениях мозга в детском возрасте, наряду с повреждением одних систем, наблюдается недоразвитие других, функционально связанных с поврежденной. Сочетание явлений повреждения с недоразвитием создает более обширный характер нарушений, не укладывающихся в четкие рамки топической диагностики.

Ряд проявлений дизонтогенеза, в целом менее грубых по степени выраженности и в принципе обратимых, связан и с влиянием неблагоприятных социальных факторов. И здесь чем раньше сложились для ребенка неблагоприятные социальные условия, тем более грубыми и стойкими будут нарушения развития.

К социально обусловленным видам непатологических отклонений развития относится так называемая микросоциально-педагогическая запущенность, под которой понимается задержка интеллектуального и в определенной мере эмоционального развития, обусловленная культуральной депривацией — неблагоприятными условиями воспитания, создающими значительный дефицит информации и эмоционального опыта на ранних этапах развития.

К социально обусловленным видам патологических нарушений онтогенеза относится так называемое пато-характерологическое формирование личности — аномалия развития эмоционально-волевой сферы с наличием стойких аффективных изменений, вегетативной дисфункции, вызванная длительными неблагоприятными условиями воспитания и возникшая в результате патологически закрепившихся реакций протеста, имитации, отказа, оппозиции и т. д. (В. В. Ковалев, 1973, 1979; А. Е. Личко, 1973, 1977, 1979 и др.).

Соотношение симптомов дизонтогенеза и болезни

Помимо этиологии и патогенеза поражения мозга в формировании структуры дизонтогенеза большое место принадлежит самим клиническим проявлениям болезни, ее симптоматике. Симптомы болезни сами тесно связаны с этиологией, локализацией поражения, временем его возникновения и главным образом патогенезом, прежде всего с той или иной выраженностью остроты течения болезни. Они обладают определенной вариабельностью, разной степенью тяжести и длительности проявлений.

Как известно, симптомы болезни делятся на негативные и продуктивные.

В психиатрии к *негативным* симптомам относятся явления «выпадения» в психической деятельности: снижение интеллектуальной и эмоциональной активности, ухудшение процессов мышления, памяти и т. д. *Продуктивные* симптомы связаны с явлениями патологической ирритации психических процессов. Примерами продуктивных расстройств являются различные невротические и неврозоподобные расстройства, судорожные состояния, страхи, галлюцинации, бредовые идеи и т. д.

Это деление имеет клиническую определенность в психиатрии взрослого возраста, где негативные симптомы действительно отражают именно явления выпадения функции. В детском же возрасте негативные симптомы болезни часто трудно разграничить от явлений дизонтогенеза, при котором «выпадение» функции может быть обусловлено нарушением ее развития. Примерами могут служить не только такие проявления, как врожденное слабоумие при олигофрении, но и ряд негативных болезненных расстройств, характеризующих дизонтогенез при ранней детской шизофрении.

Продуктивные болезненные симптомы, как будто бы наиболее отдаленные от проявлений дизонтогенеза и скорее указывающие» на остроту болезни, в детском возрасте тем не менее также играют большую роль в формировании и самой аномалии развития. Такие частые проявления болезни или ее последствия, как психомоторная возбудимость, аффективные расстройства, эпилептические припадки и другие симптомы и синдромы, при длительном воздействии могут играть роль су-

щественного фактора в образовании ряда отклонений развития и тем самым способствовать формированию специфического типа дизонтогении.

Пограничными между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза являются так называемые «*возрастные*» симптомы, отражающие патологически искаженные и утрированные проявления нормального возрастного развития. Возникновение этих симптомов тесно связано с онтогенетическим уровнем реагирования на ту или иную вредность. Поэтому данные симптомы нередко более специфичны для возраста, чем самого заболевания, и могут наблюдаться при самой разнообразной патологии: в клинике органических поражений мозга, ранней детской шизофрении, невротических состояний и т. д.

В. В. Ковалев (1979) дифференцирует возрастные уровни нервно-психического реагирования у детей и подростков в ответ на различные вредности следующим образом: 1) сомато-вегетативный (0–3 года); 2) психомоторный (4–10 лет); 3) аффективный (7–12 лет); 4) эмоционально-идеаторный (12–16 лет).

Для каждого из этих уровней характерны свои преимущественные «*возрастные*» симптомы.

Для сомато-вегетативного уровня реагирования характерны повышенная общая и вегетативная возбудимость с нарушениями сна, аппетита, желудочно-кишечными расстройствами. Данный уровень реагирования является ведущим на раннем возрастном этапе вследствие его уже достаточной зрелости.

Психомоторный уровень реагирования включает преимущественно гипердинамические расстройства различного генеза: психомоторную возбудимость, тики, заикание. Данный уровень патологического реагирования обусловлен наиболее интенсивной дифференциацией корковых отделов двигательного анализатора (А. А. Волохов, 1965, цит. по В. В. Ковалеву, 1979).

Для аффективного уровня реагирования характерны синдромы и симптомы страхов, повышенной аффективной возбудимости с явлениями негативизма и агрессии. При этиологическом полиморфизме этих расстройств на данном возрастном этапе все же значительно возрастает уровень психогений.

Эмоционально-идеаторный уровень реагирования является ведущим в пре- и особенно пубертатном возрасте. В патологии

это прежде всего проявляется в так называемых «патологических реакциях пубертатного возраста» (Г. Е. Сухарева, 1959), включающих, с одной стороны, сверхценные увлечения и интересы (например, «синдром философической интоксикации»), с другой — сверхценные ипохондрические идеи; идеи мнимого уродства (дисморфофобия, в том числе нервная анорексия), психогенные реакции — протеста, оппозиции, эмансипации (А. Е. Личко, 1973, 1977, 1979; В. В. Ковалев, 1979) и т. д.

Преимущественная симптоматика каждого возрастного уровня реагирования не исключает симптомов предыдущих уровней, но отводит им, как правило, более периферическое место в картине дизонтогении. Преобладание же патологических форм реагирования, свойственных более младшему возрасту, свидетельствует о явлениях задержки психического развития (К. С. Лебединская, 1969; В. В. Ковалев, 1979 и др.).

При всей важности выделения отдельных уровней нервно-психического реагирования и последовательности их смены в онтогенезе необходимо учитывать известную условность такой периодизации, так как отдельные проявления нервно-психического реагирования не только сменяют и отодвигают друг друга, но на разных этапах сосуществуют в новых качествах, формируя новые типы клинико-психологической структуры нарушения. Так, например, роль соматовегетативных нарушений велика не только на уровне 0–3 лет, когда идет интенсивное формирование данной системы, но и в подростковом периоде, когда эта система претерпевает массивные изменения. Ряд патологических новообразований пубертатного возраста (основной уровень которых квалифицируется в рамках «идеаторно-эмоционального») связан и с расторможением влечений, в основе которых лежит дисфункция эндокринно-вегетативной системы. Далее, психомоторные расстройства могут занимать большое место в дизонтогенезе самого раннего возраста (нарушения развития статических, локомоторных функций). Интенсивные изменения психомоторного облика, как известно, характерны и для подросткового периода. Нарушения развития аффективной сферы имеют большое значение и в самом младшем возрасте. Особое место среди них занимают расстройства, связанные с эмоциональной депривацией, приводящие к различной степени задержки психического развития.

В возрасте и до 7 лет в клинической картине различных заболеваний большое место занимают такие аффективные расстройства, как страхи. Наконец, разнообразные нарушения интеллектуального и речевого развития разной степени выраженности являются патологией, «сквозной» для большинства уровней развития.

Возрастные симптомы, отражая патологически измененную фазу развития, как известно, тем не менее всегда обладают и определенной клинической спецификой, характерной для заболевания, их вызвавшего. Так, страхи в дошкольном периоде являются возрастным симптомом, потому что они в определенной мере присущи и здоровому ребенку этого возраста. В патологии детского возраста страхи занимают одно из ведущих мест в становлении бредовых расстройств при шизофрении, связываются с нарушением сознания при эпилепсии, приобретают выраженный сверхценный характер при неврозах. То же касается и таких возрастных проявлений, как фантазии. Будучи неотъемлемой частью психической жизни нормального ребенка дошкольного возраста, в патологических случаях они принимают характер аутистических, вычурных, нелепых, стереотипных при шизофрении, тесно связаны с повышенными влечениями при эпилепсии, носят болезненный гиперкомпенсаторный характер при ряде неврозов, психопатиях и патологических развитиях личности.

Изучение возрастных симптомов, лежащих на стыке между симптомами болезни и дизонтогенеза, может дать ценные результаты для исследования ряда закономерностей аномалий развития. Однако эта область до настоящего времени в психологическом плане практически почти не исследована.

Таким образом, в детском возрасте взаимоотношения между симптомами болезни и проявлениями дизонтогенеза могут быть представлены следующим образом: негативные симптомы болезни в значительной мере определяют специфику и тяжесть дизонтогенеза; продуктивные симптомы, менее специфичные для дизонтогенеза, все же оказывают общее тормозящее воздействие на психическое развитие больного ребенка; «возрастные» симптомы являются пограничными между продуктивными симптомами болезни и самими явлениями дизонтогенеза.

Психологические закономерности дизонтогенеза

Соотношение клинической и патопсихологической квалификации психических нарушений

Между клинической и патопсихологической квалификацией симптомов психических нарушений существуют значительные различия. Как известно, клиницист рассматривает болезненную продукцию с позиций логики болезни. Для него единицей рассмотрения являются отдельные болезненные формы, имеющие свою этиологию, патогенез, клинику психических нарушений, течение и исход, а также отдельные симптомы и синдромы. Клинические симптомы рассматриваются клиницистом как внешние проявления патофизиологических процессов.

Что же касается психологических механизмов этих нарушений, то их рассмотрение находится на периферии интересов врача.

Иной подход характерен для патопсихолога, который за клиническими симптомами ищет механизмы нарушений нормальной психической деятельности. Поэтому для психолога характерно сравнительное изучение нормальных и патологических закономерностей протекания психических процессов (Л. С. Выготский, 1936; Б. В. Зейгарник, 1976 и др.).

Иными словами, патопсихолог при квалификации патологического симптома обращается к моделям нормальной психологической деятельности, клиницист же квалифицирует те же нарушения с точки зрения патофизиологии. Это не значит, что клиницист не использует в своей диагностике данных нормы. Он рассматривает их с позиций физиологических процессов. Таким образом, понятие нормы, нормы реакции, присутствует как в клинических, так и патопсихологическом анализе, однако на разных уровнях изучения явления.

Каждый из уровней рассмотрения — психологический и физиологический — имеет свою специфику и закономерности. Поэтому закономерности одного уровня не могут быть пе-

ренесены на другой без специального рассмотрения механизмов, опосредующих отношение этих уровней друг к другу.

Психологические параметры дизонтогенеза

Как указывалось, при квалификации психических отклонений патопсихолог исходит из закономерностей нормального онтогенеза, опираясь на положение о единстве закономерностей нормального и аномального развития (Л. С. Выготский, 1956; А. Р. Лурия, 1956, 1958; Б. В. Зейгарник, 1976 и др.).

Важным моментом в изучении как нормального, так и аномального онтогенеза явилось выделение Л. С. Выготским (1936) двух взаимосвязанных линий развития: биологической и социально-психической. Болезнь, вызывая прежде всего нарушение биологической линии развития, тем самым создает препятствия для социально-психического развития — усвоения знаний и умений, формирования личности ребенка.

Л. С. Выготский считал, что психологическое изучение аномального ребенка выдвигает задачи, в определенной мере аналогичные задачам и принципам клинической диагностики: путь от изучения симптомов дизонтогенеза к изучению его синдромов и далее — к типу дизонтогенеза, по существу, приравняемому им к нозологической единице. Только в таком структурно-динамическом изучении аномального развития, вскрытии его патопсихологических механизмов, Л. С. Выготский видел путь к дифференцированной коррекции нарушений развития. Идеи Л. С. Выготского, выдвинутые около 50 лет тому назад, в настоящее время не только сохраняют свою актуальность, но и приобретают все большее значение. Эти положения Л. С. Выготского легли в основу выделяемого нами ряда патопсихологических параметров, определяющих характер психического дизонтогенеза.

1. Первый параметр связан с функциональной локализацией нарушения.

В зависимости от последней целесообразно различать два основных вида дефекта. Первый из них — *частный*, обусловленный дефицитностью отдельных функций гнозиса, праксиса, речи. Второй — *общий*, связанный с нарушением регуля-

торных систем, как подкорковых, при дисфункции которых наблюдаются снижение уровня бодрствования, психической активности, патология влечений, элементарные эмоциональные расстройства, так и корковых, обуславливающих дефекты интеллектуальной деятельности (недостаточность целенаправленности, программирования, контроля), нарушения более сложных, специфически человеческих эмоциональных образований.

В нормальном онтогенезе имеется определенная последовательность в формировании мозговых механизмов психической деятельности. Развитие отдельных корковых анализаторов не только обгоняет созревание лобных регуляторных систем, но и прямо влияет на формирование последних.

Общие и частные нарушения выстраиваются в определенную иерархию. Дисфункция регуляторных систем, являющихся, по определению В. Д. Небылицина (1976), «сверханализаторной системой», влияет в той или иной степени на все стороны психического развития. Нарушения же частных функций при прочих равных условиях более парциальны и нередко компенсируются сохранностью регуляторных и других частных систем.

При изучении любых нарушений развития требуется обязательный анализ состояния как общих, так и частных нарушений.

2. Второй параметр дизонтогенеза связан с временем поражения.

Характер аномалии развития будет различным в зависимости от того, когда возникло повреждение нервной системы. Чем раньше произошло поражение, тем вероятнее явления недоразвития (Л. С. Выготский, 1956). Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психической функции.

Временной фактор определяется не только хронологическим моментом возникновения нарушения, но и длительностью периода развития данной функции в онтогенезе. Повреждению чаще подвергаются функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития. Так, чаще повреждаются функции, имеющие подкорковую локализацию,

формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано. Кортиковые же функции, имеющие более длительный период развития, при раннем воздействии вредности чаще либо стойко недоразвиваются, либо временно задерживаются в своем развитии.

С параметром времени связана и другая вероятность поражения той или иной функции. Как известно, в ходе психического развития каждая функция в определенное время проходит через сензитивный период, который характеризуется не только наибольшей интенсивностью развития, но и наибольшей уязвимостью и неустойчивостью по отношению к вредности.

Сензитивные периоды характерны не только для развития отдельных психических функций, но и для психического развития ребенка в целом. Выделяются периоды, в которых большинство психофизических систем находятся в сензитивном состоянии, и периоды, для которых характерны достаточная устойчивость, баланс сформированных и неустойчивых систем с превалированием первых.

К таким основным сензитивным периодам детства относятся, как известно, возрасты 0–3 года и 11–15 лет. В эти периоды особенно велика возможность психических нарушений. Период от 4 до 11 лет более устойчив по отношению к различным вредностям.

Неустойчивость психических функций, характерная для сензитивного периода, может обусловить явления *регресса* — возврата функции на более ранний возрастной уровень как временного, функционального, так и стойкого, связанного с повреждением функции. Так, например, к временной потере навыков ходьбы, опрятности и т. д. может привести даже соматическое заболевание в первые годы жизни. Примером же стойкого регресса может быть возврат к автономной речи вследствие потери потребностей в коммуникации, наблюдаемой при раннем детском аутизме. Склонность к регрессу при прочих равных условиях также более характерна для менее зрелой функции.

Наибольшая вероятность явлений регресса имеется в тех случаях, когда более ранние формы психического реагирования не инволюционируют своевременно, а продолжают сосу-

ществовать с возникшими более сложными формами организации психических процессов. При этом чем дольше сохраняются более ранние формы реагирования, чем больший разрыв между ними и сложными формами психической организации, тем меньше устойчивость психического развития в целом и больше вероятность возникновения регрессивных явлений.

Следует, однако, иметь в виду, что регрессу подвержены не только функции, находящиеся в сензитивном периоде. Регрессу могут быть подвержены и функции, уже достаточно прочно закрепленные. Это наблюдается при более грубом вредоносном воздействии: при шоковой психической травме, остром начале шизофренического процесса у ребенка и т. д.

Явления регресса следует дифференцировать от явлений *распада*, при котором происходит не снижение функции на более ранний возрастной уровень, а ее грубая дезорганизация либо выпадение.

В связи с вышесказанным отставание в развитии никогда не носит равномерного характера: при общем повреждении нервной системы в первую очередь чаще страдают те функции, которые находятся в это время в сензитивном периоде и, следовательно, обладают наибольшей неустойчивостью и ранимостью, затем функции, связанные с поврежденной. Чем тяжелее поражение нервной системы, тем более стойки явления регресса и более вероятны явления распада. Поэтому профиль психического развития аномального ребенка часто будет состоять из сохранных, поврежденных и в разной степени задержанных в своем формировании психических функций.

3. Третий параметр дизонтогенеза характеризует взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом.

Исходя из идеи о системном строении дефекта, Л. С. Выготский (1960), как указывалось выше, предложил различать в аномальном развитии две группы симптомов: первичные — нарушения, непосредственно вытекающие из биологического характера болезни (нарушения слуха и зрения при поражении органов чувств, детские церебральные параличи, локальные поражения определенных корковых зон и т. д.), и вторичные, возникающие опосредованно в процессе аномального социального развития. Это деление принципиально важно для изучения аномалий развития.

Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Часто наблюдается их сочетание (например, при осложненной олигофрении — недоразвитие корковых систем и повреждение подкорковых). В тех случаях, когда субстрат болезненного процесса неизвестен (например, при шизофрении), выделяется не первичный, а «основной» дефект, который определяется местом, занимаемым тем или иным нарушением в общей структуре психической недостаточности при данном заболевании.

Вторичный дефект, по мнению Л. С. Выготского, является основным объектом в психологическом изучении и коррекции аномального развития. Его структура включает в себя ряд компонентов, отражающих как своеобразие болезненного процесса, так и закономерности, определяющие особенности дизонтогенеза в детском возрасте.

Механизм возникновения вторичных нарушений различен.

Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной — так называемое специфическое недоразвитие. Сюда, например, относится недоразвитие понимания речи у детей с нарушениями слуха.

Вторичное недоразвитие характерно и для тех функций, которые в момент воздействия вредности находятся, как указывалось, в сензитивном периоде. В результате разные вредности могут в определенной мере приводить к сходным результатам. Так, например, в дошкольном возрасте наиболее интенсивно развивающимися и наиболее уязвимыми являются две функции: произвольная моторика и речь. Обе они нарушаются чаще всего при самых различных вредностях, давая задержку речевого развития, недоразвитие произвольной регуляции действия с явлениями двигательной расторможенности.

Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления от основного дефекта. Чем сложнее психический процесс, чем больше опосредован он рядом межцентральных взаимодействий, тем больше факторов может привести к конечному сходному результату вторичных нарушений. Так, например, нарушение сенсорной стороны речи наряду со специфическими вторичными нарушениями обуславливает и задержку психического развития, которая будет проявляться в замедлении становления логических форм мышления, эмоциональном не-

доразвитии и т. д. Явления задержки психического развития могут наблюдаться в структуре нервно-психических расстройств и при патологии других систем: нарушениях зрения, слуха, двигательной и эмоциональной сферы.

В зависимости от места первичного дефекта направление вторичного недоразвития может быть «снизу вверх» или «сверху вниз». Л. С. Выготский считал основной координатой вторичного недоразвития направление «снизу вверх» — от элементарных функций к более сложным. Однако ряд данных позволяет считать, что вторичное недоразвитие может наблюдаться не только в отношении высших, но и базальных функций. Известно, что в онтогенезе развитие идет не только «снизу вверх», но и «сверху вниз». В последнем случае развитие высших функций стимулирует перестройку базальных, внося в них новые задачи и цели. В случае дефекта высших уровней такого «подтягивания» не происходит, возникает вторичное недоразвитие базальных систем (недоразвитие «сверху вниз»). Так, например, при олигофрении недоразвитие мышления способствует и вторичному недоразвитию потенциально более сохранных гнозиса и праксиса.

Важнейшим фактором возникновения вторичных нарушений развития является фактор социальной депривации. Дефект, в той или иной мере препятствуя общению, тормозит приобретение знаний и умений. Своевременно не осуществленная психолого-педагогическая коррекция трудностей приводит к выраженной вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, ряду расстройств в эмоциональной и личностной сфере, связанных с постоянным ощущением неуспеха (заниженность самооценки, уровня притязаний, возникновение аутистических черт и т. д.).

Необходимость наиболее ранней коррекции вторичных нарушений обусловлена особенностями самого психического развития детского возраста. Пропущенные сроки в обучении и воспитании автоматически не компенсируются в более старшем возрасте, а возникшее отставание требует уже более сложных и специальных усилий по его преодолению. Трудности в обучении создают не только педагогическую запущенность, но и стойкое отрицательное отношение к школе, которое в более старшем возрасте становится одним из ос-

новых факторов, формирующих нарушения поведения у подростков.

Таким образом, в процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными, биологическими и социально обусловленными нарушениями. Если на первых этапах основным препятствием к обучению и воспитанию является первичный дефект, то затем вторично возникшие явления психического недоразвития, а также негативные личностные установки, вызванные неудачами в школе, нередко начинают занимать ведущее место в отношении к обучению и, irradiруя на более широкий круг психологических возрастных проблем, препятствовать адекватной социальной адаптации. И наоборот, ранняя психолого-педагогическая коррекция дефекта во многом улучшает прогноз формирования личности и социальной компенсации этой группы детей.

4. Четвертый параметр дизонтогенеза связан с нарушением межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

По современным представлениям физиологии и психологии, новые качества возникают в результате перестройки внутрисистемных отношений.

В нормальном онтогенезе может быть выделено несколько типов межфункциональных отношений. К ним можно отнести следующие: явления временной независимости функции, ассоциативные, иерархические связи.

Явления *временной независимости* функции характерны для ранних этапов онтогенеза. Так, Л. С. Выготский (1934) писал, что до двухлетнего возраста линии развития мышления и речи идут раздельно; позднее, перекрециваясь, они дают начало новой форме развития. Явления независимости характерны для ранних этапов формирования и отдельных компонентов психических функций. Так, на ранних этапах становления речи наблюдается независимость в развитии ее фонетической и смысловой сторон (Л. С. Выготский, 1934).

В норме состояние независимости функции имеет относительный характер. Оно может наблюдаться на определенном этапе развития по отношению к одним психическим процессам, с которыми в будущем эта функция может оказаться наиболее тесно связанной (например, речь с мышлением). В то же

самое время те же функции временно вступают в разносторонние связи с другими психическими функциями, которые в дальнейшем будут играть для них нередко лишь фоновую роль. Например, роль образных, аффективных компонентов на ранних этапах развития речи ребенка больше, чем в речи взрослого человека.

Второй тип связей — *ассоциативный* (по Н. А. Бернштейну, 1966 — по принципу цепочки) — в качестве ведущего также наблюдается на ранних этапах онтогенеза. При таком типе взаимодействия разрозненные, разномодальные чувственные впечатления объединяются в одно целое на основе временно-пространственной близости. Эти ассоциативные комплексы могут обладать различной степенью сложности, однако сам тип такой организации указывает на малую дифференцированность психических процессов.

Психические функции, построенные по третьему, *иерархическому*, типу, формируются в процессе усложняющейся предметной деятельности и общения. Как показал Н. А. Бернштейн (1947, 1966), иерархический, многоуровневый тип взаимодействия обладает высокой пластичностью и устойчивостью. Это достигается рядом моментов: выделением ведущих (регуляторных) и фоновых (технических) уровней, а также определенной автономностью фоновых уровней, каждый из которых решает свою «личную» задачу. В результате такой организации ведущий уровень, разгружаясь от контроля за технической стороной процесса, имеет широкие возможности для дальнейшего усложнения в развитии. В условиях такой автономности нарушения в одном из звеньев при сохранности других ведут к компенсаторной пластичной перестройке психического процесса, а не к нарушению его целостности, как это имеет место при ассоциативном типе организации межфункциональных связей.

В нормальном системогенезе эти типы связей — временная независимость, ассоциативные и, наконец, иерархические, являющиеся наиболее сложным вариантом архитектуры функциональных систем, — отражают уровни функциональной организации психических процессов.

Их перестройки и усложнение протекают в определенной хронологической последовательности, обусловленной зако-

ном *гетерохронии* — разновременностью формирования различных функций с опережающим развитием одних по отношению к другим. Каждая из психических функций имеет свою хронологическую формулу, свой цикл развития. Наблюдаются вышеуказанные сензитивные периоды ее более быстрого, иногда скачкообразного развития и периоды относительной замедленности формирования.

Так, на ранних этапах психического онтогенеза наблюдается опережающее развитие восприятия и речи при относительно замедленных темпах развития праксиса. Взаимодействие восприятия и речи становится ведущей координацией психического развития. При этом основную роль играет восприятие. Речь на этом этапе, по определению Л. С. Выготского, характеризуется прежде всего гностической функцией, которая проявляется в стремлении ребенка «замеченное ощущение обозначить, сформулировать словесно» (Л. С. Выготский, цит. по Р. Е. Левиной, 1968).

Ведущая роль восприятия на раннем этапе наиболее ярко выступает и в известных феноменах Пиаже. В дальнейшем овладение в активном действии функциональными, орудийными свойствами предмета и закрепление их в слове приводит к перестройке отношений между восприятием, действием и речью и как следствие этого — снятию феноменов Пиаже.

Таким образом, одним из основных проявлений гетерохронии является возникновение на каждом возрастном этапе наряду с постоянными иерархическими координациями — факультативных, отражающих переходный характер ряда психических образований. При этом чем сложнее психическая функция, тем больше таких факультативных координаций возникает на пути ее формирования.

В патологии же имеет место нарушение межфункциональных связей.

Временная независимость превращается в *изоляция*. Изолированная функция, лишенная воздействий со стороны других психических функций, стереотипизируется, закликивается в своем развитии. При этом изолированной может оказаться не только поврежденная функция, но и сохранная, если для ее дальнейшего развития необходимо координирующее воздействие со стороны нарушенной функции. Так, например,

при тяжелых формах умственной отсталости весь моторный репертуар больного ребенка может представлять ритмическое раскачивание, стереотипное повторение одних и тех же актов. Эти нарушения вызваны не столько дефектностью двигательного аппарата, сколько недоразвитием интеллектуальной и мотивационной сфер. При олигофрении с явлениями гидроцефалии нередко обращают внимание хорошие механическая память и речь. Однако возможности использования этих способностей очень ограничены из-за нарушения мышления; поэтому хорошее развитие механической памяти выступает изолированно; внешне богатая речь с усвоением достаточно сложных оборотов остается на уровне подражательной.

Ассоциативные связи в условиях органической недостаточности нервной системы характеризуются повышенной инертностью, в результате чего возникают их патологическая *фиксация*, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. Явления фиксации больше описаны в познавательной сфере в виде различных инертных стереотипов. Значительно менее изучены фиксации в аффективной сфере. Инертные аффективные комплексы тормозят психическое развитие. Так, по данным А. Макфарлейн (1954), «пик» страхов в норме ограничен сензитивными возрастами 3 и 11 лет. В патологическом онтогенезе страхи, фиксируясь, распространяются и на другие возрастные периоды (М. Злотович, 1974 и др.). Патологическая фиксация приводит и к нарушению своевременной инволюции более ранних форм психической деятельности, что также замедляет развитие.

Наиболее страдает в патологии развитие сложных межфункциональных связей, какими являются иерархические координации. Большей частью речь идет о недоразвитии иерархических координаций, нестойкости, регрессе при малейших затруднениях.

Так, например, дети с задержкой психического развития, уже освоив простые счетные операции в речи, при любом затруднении возвращаются к счету на пальцах. Такое явление наблюдается и в норме, однако в патологии оно может носить стойкий характер, требующий специальной коррекции. Такие же стойкие регрессивные тенденции отметили Б. Инельдер

(1944) и Н. Мильгрэм (1973) в интеллектуальных операциях умственно отсталых детей.

Описанные типы патологических связей, возникающих в результате дефекта, нарушают нормальный системогенез.

Как уже отмечалось выше, в норме одним из механизмов возникновения новых координаций является гетерохрония. В патологии же наблюдается его нарушение, возникновение диспропорции в развитии — явление асинхронии (Э. Кречмер, 1956; Г. Штутте, 1967; Р. Заззо, 1968), среди основных проявлений которой можно выделить следующие:

- а) явления *ретардации* — незавершенность отдельных периодов развития, отсутствие инволюции более ранних форм. Это наиболее характерно для олигофрении и задержки психического развития. Р. Е. Левиной (1936) описаны дети с общим речевым недоразвитием, у которых наблюдалось патологически длительное сохранение автономной речи. Дальнейшее речевое развитие у этих детей происходит не в результате смены автономной речи на обычную, а внутри самой автономной речи за счет накопления словаря автономных слов. В этом случае патологически фиксируется один из низших речевых этапов, в норме занимающий очень короткий период;
- б) явления патологической *акселерации* отдельных функций, например чрезвычайно раннее (до 1 года) и изолированное развитие речи при раннем детском аутизме; раннее пробуждение сексуального влечения при преждевременном половом созревании церебрально-органического генеза;
- в) сочетание явлений патологической акселерации и ретардации психических функций, например сочетание вышеуказанного раннего возникновения речи с выраженным недоразвитием сенсорной и моторной сферы при раннем детском аутизме. При нем также могут длительно сосуществовать развитая обычная речь и речь автономная, наглядные, комплексные обобщения и обобщения понятийные и т. д. Таким образом, на одном возрастном этапе имеется смешение психических образований, наблюдаемых в норме в разные возрастные эпохи.

Вышеописанные механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции ряда психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании различных видов асинхронии развития.

Н. Г. Лусканова, И. А. Коробейников

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОБЛЕМЫ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА¹

Нарушения школьной адаптации как междисциплинарная проблема

Проблема охраны психического здоровья детей и подростков, актуальность которой становится все более очевидной в связи с наблюдаемым ростом нервно-психических заболеваний и функциональных расстройств среди детского населения, не может быть решена без практического использования медико-психологических и социально-психологических знаний в системе школьного образования.

Качественно иная, в сравнении с предшествующими институтами социализации (семья, дошкольные учреждения), атмосфера школьного обучения, складывающаяся из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, предъявляет новые, усложненные требования не только к пси-

¹ Печатается по изд.: Диагностика школьной дезадаптации: Научно-методическое пособие для учителей нач. классов и школьных психологов. — М.: Ред.-изд. центр Консорциума «Социальное здоровье России», 1993. — С. 6–18. Авторы пособия рассматривают школьную дезадаптацию как феномен, обусловленный несоответствием социопсихологического или психофизиологического статуса ребенка требованиям социальной ситуации — ситуации школьного обучения.

хофизиологической конституции ребенка или его интеллектуальным возможностям, но к целостной его личности и, прежде всего, к ее социально-психическому уровню. Различные аспекты проблемы приспособления ребенка к этим требованиям издавна привлекали внимание детских психиатров, психологов, педагогов, физиологов. Многочисленные исследования школьной неуспеваемости у детей без признаков выраженной интеллектуальной недостаточности, нарушений школьного поведения, не имеющих отчетливой клинической очерченности, но часто выступающих как этап формирования пограничных нервно-психических расстройств, послужили основой для выделения относительно самостоятельного объекта междисциплинарных исследований, получившего название «Проблемы школьной дезадаптации».

В самом общем виде под школьной дезадаптацией подразумевается, как правило, некоторая совокупность признаков, свидетельствующих о несоответствии социопсихологического и психофизиологического статуса ребенка требованиям ситуации школьного обучения, овладение которой по ряду причин становится затруднительным или, в крайних случаях, невозможным. В настоящее время подобные затруднения, по данным разных авторов (Е. В. Новикова, 1985; Э. М. Александровская, 1985, 1988; Н. Г. Лусканова, 1987; И. А. Коробейников, 1990) испытывают от 15 до 40 % учащихся начальных классов общеобразовательной школы, причем отмечается тенденция к дальнейшему росту их количества. С учетом таких масштабов, а также наиболее вероятных негативных последствий этого явления, выражающихся, в частности, в формировании устойчивых видов социально-психической дезадаптации, нарушений поведения, достигающих уровня клинической и криминальной выраженности (Б. Н. Алмазов, 1989; С. А. Беличева, 1989, 1991 и др.), проблему школьной дезадаптации следует отнести к одной из наиболее серьезных социальных проблем современности, требующих уже не столько углубленного изучения, сколько безотлагательных поисков продуктивного решения на практическом уровне.

Вместе с тем знакомство с теоретическими аспектами проблемы, активно разрабатываемой в последние годы и в нашей стране, необходимо для формирования концептуальных пред-

ставлений о сущности феномена школьной дезадаптации и для выбора соответствующих методических подходов к ее профилактике, диагностике и коррекции. Прежде всего следовало бы отметить, что несмотря на наличие признаков, характеризующих вполне самостоятельный феномен, школьную дезадаптацию все же корректнее было бы рассматривать как более частное явление по отношению к общей социально-психологической дезадаптации, в структуре которой она (школьная дезадаптация) может выступать как в роли следствия, так и в роли причины.

Сравнительно недавно в отечественной, большей частью психиатрической, литературе появился термин «дезадаптация», обозначающий нарушение процессов взаимодействия человека с окружающей средой. Его употребление, неотделимое в данном случае от клинического контекста, неоднозначно и противоречиво, что обнаруживается, прежде всего, в оценке роли и места состояний дезадаптации по отношению к категориям «норма» и «патология». Отсюда — трактовка дезадаптации как процесса, протекающего вне патологии и связанного с отвыканием от одних привычных условий жизни и, соответственно, привыканием к другим (Т. Г. Дичев, К. Е. Тарасов, 1976); понимание под дезадаптацией нарушений, выявляемых при акцентуациях характера или под влиянием психогений (А. Е. Личко, 1977, В. Е. Каган, 1984); оценка преневротических нарушений, невротических реакций и состояний как наиболее универсальных проявлений психической дезадаптации (Ю. А. Александровский, 1976). Кроме того, термин «дезадаптация», употребляемый в отношении психически больных, означает нарушение или утрату полноценного взаимодействия индивида с окружающим его миром.

В рамках концепции «предболезни» (Р. М. Баевский, 1979; Н. К. Смирнов, 1981; С. Б. Семичев, 1981) дезадаптация рассматривается как переходное, предпатологическое состояние, главной отличительной чертой которого является отсутствие отчетливых оснований для постановки нозологического диагноза. По мнению С. Б. Семичева (1981), развитие болезни может проходить через стадию различных дисфункций, крайне неопределенных в смысле прогноза и нозологической принадлежности и, чаще всего, обратимых. Стадия таких дисфунк-

ций и рассматривается как дезадаптация, т. е. как одно из промежуточных состояний здоровья человека в континууме от нормы до патологии, наиболее близкое к клиническим проявлениям болезни. Такие состояния характеризуются повышенной готовностью организма к возникновению того или иного заболевания, формирующегося под влиянием различных неблагоприятных факторов как экзогенного, так и эндогенного ряда (В. В. Ковалев, 1985).

В схематическом виде процесс дезадаптации разворачивается по принципу «замкнутого порочного круга» (Е. Олкинунора, 1983), где пусковым механизмом является, как правило, резкое изменение условий жизни, привычной среды, наличие стойкой психотравмирующей ситуации. Вместе с тем немалое значение имеют и те особенности или недостатки в индивидуальном развитии человека, которые не позволяют ему выработать адекватные новым условиям формы поведения и деятельности. Патогенность тех или иных факторов, как отмечал В. Н. Мясищев (1960), определяется не только объективным характером травмирующей ситуации, но и субъективным отношением к ней личности, поэтому процесс дезадаптации в большей степени зависит от мотивационной структуры, эмоциональных и интеллектуальных особенностей индивида. По мнению И. Г. Беспалько (1981), каждый человек со свойственным ему «конституционным соматотипом» живет в своем «стрессовом фоне» социальной среды, проявляя как избирательную чувствительность к различного рода влияниям, так и определенные формы реагирования на них. Дезадаптация усугубляет имеющиеся у человека психические и соматические нарушения, что ведет к еще большей дезадаптации и дальнейшим отклонениям в развитии. Таким образом, клинико-психологический подход к изучению проблем дезадаптации и ее проявлений ориентирует на исследование факторов и ситуаций повышенного риска в формировании всевозможных патологических изменений, выделением наиболее уязвимых по отношению к неблагоприятным воздействиям контингентов среди населения — так называемых групп риска.

С позиций онтогенетического подхода к исследованию механизмов дезадаптации особое значение приобретают кри-

зисные, переломные моменты в жизни человека, когда происходит резкое изменение его «ситуации социального развития» (Л. С. Выготский, 1983), вызывающее необходимость реконструкции сложившегося модуса адаптивного поведения. В контексте обсуждаемой проблемы наибольший риск представляет момент поступления ребенка в школу и период первичного уровня усвоения требований, предъявляемых новой социальной ситуацией. В этом убеждают результаты многочисленных исследований, фиксирующих в младшем школьном возрасте заметное повышение распространенности невротических реакций, невротизма и других нервно-психических и соматических расстройств в сравнении с дошкольным возрастом (М. Chasan, 1962; А. Popielarska, 1964; Е. Zedler, 1970; М. Rege, 1970; И. А. Шашкова, 1973; L. A. Arnold, D. J. Smeltzer, 1974; А. Божанов, 1974, 1975; R. Amman, Н. Erne, 1977; В. С. Манова-Томова, Г. Д. Пирьов, Р. Д. Пенушлиева, 1981; С. М. Громбах, 1985, 1987; Г. В. Козловская, Л. Ф. Кремнева, 1985; Л. С. Куликов, О. А. Трифонов, 1986 и др.).

Основные проявления и факторы школьной дезадаптации

Анализ зарубежной и отечественной психологической литературы последнего десятилетия показывает, что термином «школьная дезадаптация» (или «школьная непри приспособленность») фактически определяются любые затруднения, возникающие у ребенка в процессе школьного обучения. При этом их описание нередко воспроизводит феноменологию, весьма сходную с клиническим описанием симптоматики пограничных нервно-психических нарушений. Наглядным примером такого сближения (если не смешения) психологических оценок дезадаптивного поведения с психопатологическими оценками может служить работа К. Lovell (1973), в которой перечисляются симптомы, рассматриваемые автором как критерии дезадаптации, особенно если они проявляются в различных комбинациях и довольно постоянно. В их числе агрессия по отношению к людям и вещам, чрезмерная подвижность, постоянные

фантазии, чувство собственной неполноценности, упрямство, неадекватные страхи, сверхчувствительность, неспособность сосредоточиться в работе, неуверенность в принятии решения, повышенная возбудимость и конфликтность, частые эмоциональные расстройства, чувство своего отличия от других, лживость, заметная уединенность, чрезмерная угрюмость и недовольство, достижения ниже норм хронологического возраста, завышенная самооценка, постоянные побеги из школы или дома, сосание пальцев, обгрызание ногтей, энурез, лицевые тики и/или гримасничанье, запоры, поносы, дрожание пальцев рук и прерывистый почерк, говорение с самим собой. Подобные симптомы дезадаптивного поведения приводятся и другими авторами (J. D. Cummings, 1944, 1946; L. B. Birch, 1955; C. W. Valentine, 1956; F. H. Stone, V. Kusumakar, 1983).

Однако те же самые симптомы могут фигурировать при описании самого широкого спектра психических отклонений: от крайних вариантов нормы (акцентуации характера, патохарактерологическое формирование личности) и пограничных расстройств (неврозы, неврозоподобные и психопатоподобные состояния, резидуальные органические нарушения) до таких тяжелых психических заболеваний, как эпилепсия и шизофрения. И проблема здесь заключается не только в различной квалификации одних и тех же признаков психологом и врачом: в первом случае рассматриваемых как симптомы дезадаптации, во втором — как проявления психической патологии. В обоих случаях это всего лишь констатация феноменологии, которая способна стать пригодным материалом для содержательной диагностики только после квалифицированного анализа многих дополнительных характеристик: времени появления тех или иных симптомов, меры их выраженности, устойчивости и специфичности, динамики, вариантов их сочетания, установления вероятных этиологических факторов и многих других (В. В. Ковалев, 1984; М. Ш. Вроно, 1985; Д. Н. Крылов, Т. П. Кулакова, 1988). Но даже при этих условиях не всегда возможно установить точную последовательность причинно-следственных отношений, позволяющую ответить на вопрос о том, что ему предшествовало: школьная дезадаптация появлению нервно-психической патологии или

наоборот. Поэтому, на наш взгляд, стратегическая задача психологической диагностики в данном случае должна быть ориентирована не на уточнение характера, структуры и нозологической принадлежности клинически очерченных расстройств (что является содержанием патопсихологической диагностики), а во-первых, на раннее выявление нарушений доклинического уровня как факторов риска возникновения нервнопсихической патологии и, во-вторых, на установление структуры этих нарушений, которые при внешне сходных проявлениях могут иметь совершенно различное психологическое содержание (И. А. Коробейников, 1990). Таким образом, на этой основе могут быть созданы предпосылки не только для профилактики более серьезных нарушений психического развития, но и для целенаправленной коррекции уже имеющихся отклонений.

Возвращаясь к вопросу о проявлениях школьной дезадаптации, следует отметить, что к числу основных ее первичных внешних признаков и врачи, и педагоги, и психологи единодушно относят затруднения в учебе и различные нарушения школьных норм поведения. В этой связи, с чисто педагогических позиций, к категории детей с нарушениями школьной адаптации относятся, прежде всего, дети с недостаточными способностями к обучению. И относятся вполне правомерно, так как среди требований, которые предъявляет ребенку школа, в первую очередь выделяется необходимость успешно овладевать учебной деятельностью (Л. И. Божович, 1968; В. В. Давыдов, 1973; Д. Е. Эльконин, 1974 и др.). Известно, что учебная деятельность является ведущей в младшем школьном возрасте, что ее формирование обуславливает главнейшие изменения в психических процессах и психологических особенностях личности ребенка на данной стадии онтогенеза (А. Н. Леонтьев, 1981).

Вместе с тем, как показывает реальная практика, а также данные специальных исследований (Г. Б. Шаумаров, 1986; Б. И. Алмазов, 1989), педагог способен лишь констатировать факт неуспеваемости школьника, однако в большинстве случаев он не может правильно определить ее истинные причины, если ограничивается в своих оценках рамками традицион-

ной педагогической компетенции. И хотя в этой связи и у учителя, и у неуспевающего ребенка возникает немало серьезных проблем, порождаемых, прежде всего, неадекватностью педагогических воздействий и формирующимися на их основе взаимным чувством неприязни и открытой конфронтации (или дискриминации), вряд ли было бы корректно упрекать педагога в подобной диагностической несостоятельности. Природа школьной неуспеваемости может быть представлена самыми различными факторами, в связи с чем углубленное изучение ее причин и механизмов осуществляется не столько в рамках педагогики, сколько с позиций педагогической и медицинской (а в последнее время и социальной) психологии, дефектологии, психиатрии и психофизиологии. Краткое обобщение результатов этих исследований позволяет перечислить основные факторы, способные стать причинами школьной неуспеваемости.

1. *Недостатки в подготовке ребенка к школе, социально-педагогическая запущенность* (П. П. Блонский, 1928; W. Griffiths, 1952; G. Dörner, H. Grychtolik, 1973; И. В. Дубровина, 1975; И. П. Лаужикас, 1977; Т. В. Фомичева, А. И. Ходор, 1978; Е. Е. Кравцова, 1981; Е. Олкинуора, 1983; K. Sadowsky, 1984; S. Neven, 1985; D. Strother, 1986; А. С. Белкин, 1988 и др.).
2. *Длительная и массивная психическая депривация* (L. Y. Vargow, 1972; V. Lehr, 1975; А. Л. Венгер, Е. В. Филиппова, 1980; И. Лангмайер, З. Матейчек, 1984; М. И. Лисина, И. В. Дубровина и др., 1990; И. А. Коробейников, В. М. Слуцкий, 1990 и др.).
3. *Соматическая ослабленность ребенка* (Е. К. Глушкова, Н. М. Попова, 1983; Д. Н. Исаев, Б. В. Воронков, 1984; В. А. Соок, 1985; B. Woynarowska, 1985 и др.).
4. *Нарушения формирования отдельных психических функций и познавательных процессов* (Х. Спионек, 1972; Т. В. Егорова, 1973; А. Н. Цымбалюк, 1974; Л. Здункевич, 1978; И. Шванцара и др., 1978; В. И. Лубовский, 1978; K. Sadowsky и др., 1984; K. Adamovic, 1972 и др.).
5. *Нарушения формирования так называемых школьных навыков (дислексия, дисграфия, дискалькулия)* (Р. Е. Левина, 1968; Ив. Керекowski, 1969; В. С. Манова-Томова и др., 1981; Н. К. Goldberg, 1983; Т. Б. Филичева и др., 1989 и др.).

6. *Двигательные нарушения* (Н. И. Озерецкий, 1928; Н. Т. Лебедева, 1977; Я. Стреляу, 1982 и др.).
7. *Эмоциональные расстройства* (Л. С. Славина, 1966; M. Riffer, 1974; P. L. Newcomer, 1980; F. M. Hewett, F. D. Taylor, 1980; А. И. Захаров, 1982; Я. Стреляу, 1982; Г. М. Бреслав, 1986, 1990).

Перечисленные нарушения, как уже говорилось, следует рассматривать как факторы риска, способные при определенных условиях стать причинами школьной неуспеваемости, но отнюдь не предопределяющие ее фатально. Степень условий патогенности факторов, так же как и обратимости формирующихся нарушений, складывается из многих составляющих. В частности, немалую роль могут играть компенсаторные процессы, а также позитивные изменения средовой ситуации. Кроме того, каждый из этих факторов имеет сложноорганизованную структуру и потому нуждается в тщательном анализе, который мог бы позволить оценить истинную меру его деструктивных или тормозящих влияний на процесс психического развития конкретного ребенка. Однако очевидно и другое: все перечисленные факторы представляют непосредственную угрозу прежде всего для интеллектуального развития ребенка, частью выступая как реальные предпосылки его нарушения (факторы социального ряда), частью как его симптомы. Зависимость же школьной успеваемости от интеллекта не нуждается в доказательствах. Именно на интеллект в младшем школьном возрасте падает основная нагрузка, так как для успешного овладения учебной деятельностью, научно-теоретическими знаниями необходим достаточно высокий уровень развития мышления, речи, восприятия, внимания, памяти. Приобретенный в период дошкольного детства запас элементарных сведений, представлений, умственных действий и операций служит предпосылкой усвоения изучаемых в школе учебных предметов.

В этой связи даже легкие, парциальные нарушения интеллектуальных функций, асинхрония в их формировании вероятнее всего будут затруднять процесс обучения ребенка и требовать специальных мер коррекции, трудноосуществимых в условиях массовой школы. Если же речь идет о состояниях,

квалифицируемых как задержка психического развития (да к тому же имеющая в своем генезе церебрально-органическую недостаточность) и нуждающихся в специально организованных условиях обучения, то неуспеваемость ошибочно направленного в массовую школу ребенка с таким диагнозом и его последующая дезадаптация являются практически неизбежными (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, 1971; Т. А. Власова, В. И. Лубовский, Н. А. Цыпина, 1984; В. И. Лубовский, 1978; В. В. Ковалев, Е. И. Кириченко, 1979; К. С. Лебединская, 1982; И. Ф. Марковская, 1982 и многие другие). Под влиянием постоянных неудач, выходящих за рамки собственно учебной деятельности и распространяющихся на сферу взаимоотношений со сверстниками, у такого ребенка формируется ощущение собственной малоценности, появляются попытки компенсировать свою личностную несостоятельность. А так как выбор адекватных средств компенсации в этом возрасте весьма ограничен, то самоактуализация часто осуществляется в разной мере осознанным противодействием школьным нормам, реализуется в нарушениях дисциплины, повышенной конфликтности в отношениях с окружающими (как детьми, так и взрослыми), что на фоне полной утраты интереса к школе постепенно интегрируется в асоциальную личностную направленность. Нередко у таких детей возникают нервно-психические и психосоматические расстройства (В. В. Ковалев, 1979; В. С. Манова-Томова и др.; 1981; Ш. А. Амонашвили, 1984 и др.).

Ряд авторов не без оснований относят к категории дезадаптированных школьников детей с нарушениями поведения (W. Griffiths, 1952; R. Amman, H. Erne, 1977 и др.). М. Tyszkowa (1972), отмечает, что у детей в возрасте до 10 лет, с их повышенной потребностью в движениях, наибольшие трудности вызывают ситуации, в которых требуется контролировать свою двигательную активность. При блокировании этой потребности нормами школьного поведения у ребенка нарастает мышечное напряжение, ухудшается внимание, падает работоспособность, быстро наступает утомление. Наступающая вслед за этим разрядка, являющаяся защитной физиологической реакцией организма ребенка на чрезмерное перенапряжение

(Н. Т. Лебедева, 1979), выражается в неконтролируемом двигательном беспокойстве, расторможенности, квалифицируемых учителем как дисциплинарные проступки.

Значительные трудности в соблюдении школьных норм и правил поведения испытывают дети с различными нейродинамическими нарушениями, наиболее часто проявляющимися синдромом гиперактивности (или гипердинамическим синдромом), дезорганизующим не только деятельность ребенка, но и его поведение в целом. У возбудимых моторнорасторможенных детей типичными являются расстройства внимания, нарушения целенаправленности деятельности, препятствующие успешному усвоению учебного материала. В достаточно выраженных случаях такая симптоматика может быть купирована лишь в условиях терапевтической (медикаментозной) коррекции.

Другой формой нейродинамических расстройств является психомоторная заторможенность. Школьники с этим нарушением отличаются заметным снижением двигательной активности, замедленным темпом психической деятельности, обедненностью диапазона и выраженности эмоциональных реакций. Эти дети также испытывают серьезные затруднения в учебной деятельности, так как не успевают работать в едином со всеми темпе, не способны к быстрому реагированию на изменение тех или иных ситуаций, что помимо учебных неудач препятствует нормальным контактам с окружающими.

Нейродинамические нарушения могут проявляться и в форме нестабильности психических процессов, что на поведенческом уровне обнаруживает себя эмоциональной неустойчивостью, легкостью перехода от повышенной активности к пассивности и, наоборот, от полного бездействия — к неупорядоченной гиперактивности. Для этой категории детей достаточно характерным является бурное реагирование на ситуации неуспеха, иногда приобретающее отчетливо истерический оттенок. Типичным для них является также быстрое утомление на уроках, частые жалобы на плохое самочувствие, что в целом приводит к неравномерным достижениям в учебе, заметно снижая общий уровень успеваемости даже при высоком уровне развития интеллекта (Я. Стреляу, 1982; П. Първа-

нов, 1980; W. Griffiths, 1952; P. L. Newcomer, 1980; M. E. Senn, A. J. Solnit, 1968 и др.).

Психологические трудности дезадаптирующего характера, испытываемые детьми данной категории, чаще всего имеют вторичную обусловленность, формируясь как следствие неверной интерпретации учителем их индивидуально-психологических свойств (В. С. Манова-Томова, 1981).

Немалую роль в успешной адаптации к школе играют характерологические и — шире — личностные особенности детей, сформировавшиеся на предшествующих этапах развития. Умение контактировать с другими людьми, владеть необходимыми навыками общения, способность определить для себя оптимальную позицию в отношениях с окружающими чрезвычайно необходимы ребенку, поступающему в школу, так как учебная деятельность, ситуация школьного обучения в целом носит, прежде всего, коллективный характер (Т. Е. Конникова, 1970, 1975). Несформированность таких способностей или наличие отрицательных личностных качеств порождают типичные проблемы общения, когда ребенок либо активно, часто с агрессией, отвергается одноклассниками, либо просто ими игнорируется. И в том и в другом случае отмечается глубокое переживание психологического дискомфорта, имеющего отчетливо дезадаптирующее значение. Менее патогенна, но также чревата негативными последствиями, ситуация самоизоляции, когда ребенок не испытывает нормальной потребности или даже избегает контактов с другими детьми.

Особенности личности, препятствующие успешному вхождению ребенка в новую ситуацию межличностного взаимодействия, весьма разнообразны, так же как разнообразны индивидуальные характеристики социальной ситуаций развития каждого ребенка. Вместе с тем существуют интегративные личностные образования, которые в устойчивых своих формах способны длительное время определять модус социального поведения индивида, подчиняя себе более частные его психологические характеристики. В числе таких образований следует назвать, прежде всего, самооценку и уровень притязаний.

При неадекватном их завышении дети некритично стремятся к лидерству, реагируют негативизмом и агрессией на любые затруднения, сопротивляются требованиям взрослых

либо отказываются от выполнения деятельности, в которой могут обнаружить свою несостоятельность. В основе возникающих у них резко отрицательных эмоций лежит внутренний конфликт между притязаниями и неуверенностью в себе (М. С. Неймарк, 1961). Последствиями такого конфликта могут стать не только снижение успеваемости, но и ухудшение состояния здоровья на фоне явных признаков общей социально-психической дезадаптации (П. М. Якобсон, 1966; А. В. Петровский, 1978; С. В. Кондратьева, 1980; А. А. Бодалев, В. Я. Ляудис, 1980; Е. Олкинуора, 1983; Х. Спиедек, 1972 и др.).

Не менее серьезные проблемы возникают и у детей со сниженной самооценкой: их поведение отличается нерешительностью, конформностью, крайней неуверенностью в собственных силах, которые формируют чувство зависимости, сковывая развитие инициативы и самостоятельности в поступках и суждениях.

Первичная оценка ребенком других детей почти целиком зависит от мнения учителя, чей авторитет безоговорочно признается учащимися младших классов. Демонстративно отрицательное отношение педагога к какому-либо ребенку формирует аналогичное отношение к нему со стороны одноклассников, в результате чего такой ребенок оказывается в изоляции. Как показали исследования, проведенные Я. Л. Коломинским и Н. А. Березовиным (1975), учителя с отрицательным стилем отношения к ученикам плохо знают структуру межличностного общения в классе: они не только ставят некоторых детей в неблагоприятное положение в коллективе, но и не замечают изолированных школьников, неверно оценивают трудности детей в контактах друг с другом. Такой стиль руководства детским коллективом приводит к тому, что в первом классе неуспевающие и недисциплинированные учащиеся неизбежно попадают в категорию «отвергаемых», что препятствует нормальному развитию их интеллектуальных способностей и формирует у них нежелательные черты характера (Л. С. Славина, 1966; Ш. А. Амонашвили, 1984 и др.).

Приблизительно с третьего класса неформальные дружеские контакты начинают доминировать во взаимоотношениях школьников, складываясь на основе индивидуальных эмоциональных и ценностных предпочтений уже независимо от мне-

ния учителя о том или ином ученике. Поэтому дети, обладающие отрицательными чертами характера, попадают в группу «отвергаемых», даже если они считаются примерными учениками. Неумение наладить положительные взаимосвязи с другими детьми становится основным психотравмирующим фактором и вызывает у ребенка негативное отношение к школе, приводит к снижению его успеваемости, провоцирует формирование у него различных патологических состояний (Я. Л. Колминский, 1969, 1976; Т. Е. Конникова, 1970; А. В. Киричук, 1974; Е. Олкинуора, 1983; Л. И. Божович, Л. С. Славина, 1976 и многие другие).

Таким образом, трудности, которые могут возникать у ребенка в период начального обучения, связаны с воздействием большого числа факторов как внешнего, так и внутреннего порядка. Исследования в этой области, как правило, сосредоточиваются на преимущественном анализе одной из сфер школьной жизни: учебной деятельности, взаимоотношениях с педагогом и выполнении школьных норм и правил поведения, характере межличностного общения в классном коллективе. Однако представляется вполне очевидным, что решение проблемы школьной дезадаптации невозможно без изучения всего комплекса возникающих у ребенка затруднений, взаимовлияния всех факторов, действующих на него в школе.

Подводя итог описанию признаков и факторов школьной дезадаптации, следует подчеркнуть как минимум три основных момента, важных, на наш взгляд, для верного понимания сущности этого феномена, а также для формулировки общих принципов его диагностики.

Во-первых, каждый из перечисленных факторов крайне редко встречается в «чистом», изолированном виде и, как правило, сочетается с действием других факторов, образуя сложную, иерархизированную структуру нарушения школьной адаптации.

Во-вторых, действие любого фактора носит не прямой характер, а реализуется через целую цепь опосредствований, причем на разных этапах формирования дезадаптации мера патогенности каждого из факторов и его место в общей структуре нарушений не являются постоянными.

В-третьих, становление картины школьной дезадаптации происходит не просто на фоне, а в неразрывной динамической связи с симптомами психического дизонтогенеза, что, однако, не дает оснований для их отождествления, но диктует при этом необходимость анализа их соотношения в каждом конкретном случае. На общих же вопросах этого соотношения следует остановиться подробнее.

Нарушения психического развития и школьная дезадаптация

Как следует из приведенного выше анализа литературных данных, основной причиной школьных затруднений являются фиксируемые у детей те или иные нарушения психического развития. При этом необходимо отметить, что речь идет не о серьезных отклонениях от нормы, которые вовсе не позволяют ребенку обучаться в массовой школе, а о временных, проходящих, слабовыраженных и малозаметных недостатках. Как правило, это дети с легкой задержкой психического развития, дефектами воспитания, эмоциональными, личностными и нейродинамическими нарушениями «пограничного» уровня (L. Kosc, 1966; M. J. Senn; A. J. Solnit, 1968; M. Tyszkowa, 1972; X. Спиек, 1972; И. Шванцара и др., 1978; В. С. Манова-Томова, 1981 и др.).

Биологические предпосылки, на базе которых происходит психическое развитие ребенка (морфофункциональные особенности нервной системы, характер созревания отдельных структур, типологические свойства высшей нервной деятельности) сами по себе не определяют формирования специфически человеческих способностей, но могут накладывать ограничения на ход психического развития, изменять его темп.

Фактором высокого риска возникновения всевозможных отклонений в развитии ребенка является церебрально-органическая недостаточность, формирующаяся в результате негативных биологических воздействий на головной мозг ребенка, особенно на ранних этапах онтогенеза. Сюда, как известно, относятся патология беременности, родовые травмы, асфиксии,

недоношенности, нейроинфекции и т. п. Особое место в генезе нарушений психического развития занимает алкоголизм, особенно материнский, который оказывает сочетанное — биологическое и одновременно социальное — отрицательное влияние как на интеллектуальную сферу ребенка, так и на формирование его личностных качеств, и на социальное поведение (М. Aronson, 1985; С. Тотева, 1983; Г. И. Шурыгин, 1978 и др.).

При негрубо выраженных формах ранней органической патологии ЦНС решающую роль в психическом развитии ребенка играют социальные факторы, и прежде всего такие, как уровень образования и социальный статус родителей, мера комфортности семейных взаимоотношений, характер общения между родителями и ребенком, стиль воспитания и другие особенности семейной жизни (Л. А. Венгер, 1970; Б. Микетич, 1972; К. Lovell, 1973; Н. Krisinska, 1974; И. В. Дубровина, 1975; А. И. Захаров, 1981, 1982, 1988; Й. Лангмейер, З. Матейчек, 1984; S. Neven, 1985; Н. Schirm, 1985; А. С. Спиваковская, 1988 и др.). Ряд зарубежных исследователей отмечают, что семейное неблагополучие оказывает большее влияние на возникновение школьных трудностей, чем сама школа (Т. Moore, 1966; М. Cooper, 1966; К. Lovell, 1973 и др.).

При различном соотношении между биологическими и социальными факторами формируются и различные варианты психического дизонтогенеза (Т. К. Ушаков, 1973; В. В. Ковалев, 1979; В. В. Лебединский, 1985). Для детей, испытывающих трудности при обучении в массовой школе, часто является характерным парциальное нарушение отдельных психических функций, возникшее на ранних стадиях онтогенеза. Как отмечал П. К. Анохин, малейший дефект созревания функциональной системы в одном из ее многочисленных и различно локализованных звеньев неизбежно сказывается на эффективности последующей адаптации (1968). Первичное органическое неблагополучие выступает в роли препятствия на пути полноценной социально-психологической адаптации ребенка, затрудняя процесс усвоения им необходимых знаний и умений. Согласно положению Л. С. Выготского (1928) о системном строении дефекта, органическая недостаточность всегда реализуется в поведении ребенка как снижение его социальной позиции. Своевременно не осуществленная коррекция

имеющихся у ребенка трудностей в обучении приводит к вторичной социально-педагогической запущенности, эмоциональным и личностным нарушениям. Вторично возникшие нарушения психического развития и негативные личностные установки, формирующиеся под воздействием постоянных школьных неудач, постепенно начинают играть ведущую роль в процессе дезадаптации (В. В. Лебединский, 1985).

При этом не следует забывать, что всякий дефект, по мнению Л. С. Выготского (1928), не только приводит к вторичным нарушениям, но одновременно порождает и стимулы для выработки средств их компенсации. Экспериментальные исследования свидетельствуют об огромных компенсаторных возможностях центральной нервной системы ребенка. Степень и качество компенсации поврежденных функций зависят при этом от возраста ребенка и характера влияний на него со стороны социального окружения.

Кроме того, основываясь на одном из важнейших принципов патопсихологии, согласно которому распад психики не является негативом ее развития (Л. С. Выготский, 1983; Б. В. Зейгарник, 1969), важно помнить, что в процессе дезадаптации не просто происходит расстройство нормальных механизмов функционирования, а возникают различные новообразования, которые, с одной стороны, играют роль компенсаторных, защитных механизмов, а с другой — представляют собой негативные личностные качества, формирующиеся в ситуации фрустрации. Подобные психические новообразования, реакции человека на болезнь, особенности поведения и функционирования, выполняющие роль защитных механизмов, рассматриваются как вторичные и даже «третичные» (Б. Д. Карвасарский, 1985) личностные расстройства. Коррекция этих надстроенных над биологическим дефектом нарушений нуждается уже не в медикаментозных средствах, а в личностно-ориентированных психотерапевтических воздействиях.

Учитывая теснейшее переплетение симптомов психического дизонтогенеза и признаков школьной дезадаптации, общность биологических и социальных детерминант, лежащих в их основе, психолого-педагогическая коррекция и профилактика школьных трудностей должна включать целенаправ-

ленное воздействие на семью (Р. Innerhofer, 1974; К. Sadowsky и др., 1984; А. И. Захаров, 1966 и др.); лечение и профилактику соматических расстройств; коррекцию интеллектуальных, эмоциональных и личностных нарушений; психологическое консультирование учителей по проблемам индивидуализации обучения и воспитания данного контингента детей; создание благоприятного психологического климата в ученических коллективах, нормализацию межличностных отношений учащихся (Х. Спионек, 1972; D. E. Leach, E. C. Raybould, 1977; M. K. Siemon, 1978; J. Leveau, 1983 и др.).

Е. М. Мастюкова

ВИДЫ И ПРИЧИНЫ ОТКЛОНЕНИЙ В РАЗВИТИИ У ДЕТЕЙ¹

Виды нарушений развития

Психомоторное развитие представляет собой сложный диалектический процесс, который характеризуется определенной последовательностью и неравномерностью созревания отдельных функций, качественным их преобразованием на новом возрастном этапе. При этом каждая последующая стадия развития неразрывно связана с предыдущей.

В основе психомоторного развития лежит генетическая программа, которая реализуется под влиянием различных факторов окружающей среды. Поэтому если ребенок отстает в развитии, прежде всего необходимо учитывать роль наследственных факторов в этом отставании.

¹ Печатается по изд.: *Мастюкова Е. М.* Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. — М.: Просвещение, 1992. — С. 5–26. В книге обобщены данные отечественных и зарубежных исследований по диагностике и коррекции различных форм аномального развития детей раннего возраста. Автор рассматривает аномальное развитие как следствие органических поражений центральной нервной системы. Особое внимание обращается на раннюю диагностику и коррекцию отклонений в познавательной сфере детей.

Различные неблагоприятные воздействия во внутриутробном периоде развития, во время родов (родовая травма, асфиксия), а также после рождения могут приводить к нарушениям психомоторного развития ребенка.

Для успешной лечебно-коррекционной и педагогической работы с детьми, имеющими отклонения в развитии, важное значение имеет знание причин и характера нарушений развития.

Хорошо известно, что дети, страдающие одним и тем же заболеванием, по-разному отстают в развитии. Это связано с генотипическими особенностями их центральной нервной системы, с различными влияниями окружающей среды, а также с тем, насколько своевременно поставлен правильный диагноз и начата лечебно-коррекционная и педагогическая работа.

Под *причиной* отклонения в развитии понимают воздействие на организм внешнего или внутреннего неблагоприятного фактора, который определяет специфику *поражения* или *нарушения развития* психомоторных функций.

Известно, что почти любое более или менее длительное неблагоприятное воздействие на развивающийся мозг ребенка может привести к отклонениям в психомоторном развитии. Их проявления будут различны в зависимости от времени неблагоприятного воздействия, т. е. от того, на каком этапе развития мозга оно имело место, его длительности, от наследственной структуры организма, и прежде всего центральной нервной системы, а также от тех социальных условий, в которых воспитывается ребенок. Все эти факторы в комплексе определяют *ведущий дефект*, который проявляется в виде недостаточности интеллекта, речи, зрения, слуха, моторики, нарушений эмоционально-волевой сферы, поведения. В ряде случаев может быть несколько нарушений, тогда говорят об *осложненном* или *сложном дефекте*.

Сложный дефект характеризуется сочетанием двух или более нарушений, в одинаковой степени определяющих структуру аномального развития и трудности обучения и воспитания ребенка. Например, сложный дефект имеет место у ребенка с одновременным поражением зрения и слуха или слуха и моторики и т. п.

При осложненном дефекте возможно выделение ведущего, или главного, нарушения и осложняющих его расстройств.

Например, у ребенка с нарушениями умственного развития могут наблюдаться нерезко выраженные дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, эмоциональные и поведенческие расстройства.

Как ведущий, так и осложняющий дефект могут иметь характер как *повреждения*, так и *недоразвития*.

Нередко наблюдается их сочетание.

Особенностью детского мозга является то, что даже его небольшое поражение не остается частичным, локальным, как это имеет место у взрослых больных, а отрицательно сказывается на всем процессе созревания центральной нервной системы. Поэтому ребенок с нарушением речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата при отсутствии ранних коррекционных мероприятий будет отставать в психическом развитии.

Описанные выше нарушения развития являются *первичными*. Однако наряду с первичными часто имеют место так называемые *вторичные* нарушения, структура которых зависит от характера ведущего дефекта. Так, отставание психического развития у детей с общим системным недоразвитием речи прежде всего будет проявляться в слабости словесной (вербальной) памяти и мышления, а у детей с церебральным параличом — в недостаточности пространственных представлений и конструктивной деятельности.

У детей с недостатками слуха нарушается развитие понимания обращенной речи, с трудом формируются активный словарь и связная речь. При дефектах зрения ребенок испытывает затруднения при соотнесении слова с обозначаемым предметом, он может повторять многие слова, недостаточно понимая их значение, что задерживает развитие смысловой стороны речи и мышления.

Вторичные нарушения в развитии затрагивают прежде всего те психические функции, которые наиболее интенсивно развиваются в раннем и дошкольном возрасте. К ним относятся речь, тонкая дифференцированная моторика, пространственные представления, произвольная регуляция деятельности.

Большую роль в возникновении вторичных отклонений в развитии играет недостаточность или отсутствие ранних лечебно-коррекционных и педагогических мероприятий и осо-

бенно психическая депривация. Например, обездвиженный ребенок с детским церебральным параличом, не имеющий опыта общения со сверстниками, отличается личностной и эмоционально-волевой незрелостью, инфантильностью, повышенной зависимостью от окружающих.

Невыявленные отклонения в развитии, например слабо выраженные дефекты зрения и слуха, прежде всего задерживают темп психического развития ребенка, а также могут способствовать формированию вторичных эмоциональных и личностных отклонений у детей. Находясь в массовых дошкольных учреждениях, не имея к себе дифференцированного подхода и не получая лечебно-коррекционной помощи, эти дети длительное время могут пребывать в ситуации неуспеха. В таких условиях у них часто формируется заниженная самооценка, низкий уровень притязаний; они начинают избегать общения со сверстниками, и постепенно вторичные нарушения все более усугубляют их социальную дезадаптацию.

Таким образом, ранняя диагностика, медицинская и психолого-педагогическая коррекция позволяют добиться значительных успехов в формировании личности детей с отклонениями в развитии.

Причины отклонений в развитии

Возникновение аномалий развития связано с действием как разнообразных неблагоприятных факторов внешней среды, так и с различными наследственными влияниями.

В последнее время получены данные о новых наследственных формах умственной отсталости, глухоты, слепоты, сложных дефектов, патологии эмоционально-волевой сферы и поведения, в том числе и раннего детского аутизма (РДА).

Современные достижения клинической, молекулярной, биохимической генетики и цитогенетики позволили уточнить механизм *наследственной патологии*. Через специальные структуры половых клеток родителей — хромосомы — передается информация о признаках аномалий развития. В хромосомах сосредоточены функциональные единицы наследственности, которые носят название генов.

При хромосомных болезнях с помощью специальных цитологических исследований выявляют изменение числа или структуры хромосом, что обуславливает генный дисбаланс. По последним данным, на 1000 новорожденных приходится 5–7 детей с хромосомными аномалиями. Хромосомные болезни, как правило, отличаются сложным или осложненным дефектом. При этом в половине случаев имеет место умственная отсталость, которая часто сочетается с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, речи. Одним из таких хромосомных заболеваний, затрагивающих прежде всего интеллектуальную сферу и часто сочетающихся с сенсорными дефектами, является синдром Дауна.

Аномалии развития могут наблюдаться не только при хромосомных, но и при так называемых генных болезнях, когда число и структура хромосом остаются неизменными. Ген представляет собой микроучасток (локус) хромосомы, который контролирует развитие определенного наследственного признака. Гены стабильны, но их стабильность не абсолютна. Под влиянием различных неблагоприятных факторов окружающей среды происходит их мутация. В этих случаях мутантный ген программирует развитие измененного признака.

Если мутации возникают в единичном микроучастке хромосомы, то говорят о *моногенных формах аномального развития*; при наличии изменений в нескольких локусах хромосом — о *полигенных формах аномального развития*. В последнем случае патология развития обычно является следствием сложного взаимодействия как генетических, так и внешних, средовых факторов.

В связи с большим разнообразием наследственных заболеваний ЦНС, обуславливающих аномалии развития, их дифференциальная диагностика весьма затруднена. Вместе с тем необходимо отметить, что правильный ранний диагноз заболевания имеет первостепенное значение для проведения своевременных лечебно-коррекционных мероприятий, оценки прогноза развития, а также для предупреждения в данной семье повторного рождения детей с отклонениями в развитии.

Наряду с наследственной патологией нарушения психомоторного развития могут возникать в результате воздействия на развивающийся мозг ребенка различных неблагоприятных факторов окружающей среды. Это — инфекции, интоксикации, травмы и т. п.

В зависимости от времени воздействия этих факторов выделяют *внутриутробную*, или *пренатальную*, *патологию* (воздействие в период внутриутробного развития); *натальную патологию* (повреждения в родах) и *постнатальную* (неблагоприятные воздействия после рождения).

В настоящее время установлено, что внутриутробная патология часто сопровождается повреждением нервной системы ребенка в родах. Это сочетание в современной медицинской литературе обозначается термином *перинатальная энцефалопатия*. Причиной перинатальной энцефалопатии, как правило, является внутриутробная гипоксия в сочетании с асфиксией и родовой травмой.

Возникновению внутричерепной родовой травмы и асфиксии способствуют различные нарушения внутриутробного развития плода, снижающие его защитные и адаптационные механизмы. Родовая травма приводит к внутричерепным кровоизлияниям и к гибели нервных клеток в местах их возникновения. У недоношенных детей внутричерепные кровоизлияния часто возникают по причине слабости их сосудистых стенок.

Наиболее тяжелые отклонения в развитии возникают при *клинической смерти* новорожденных, которая возникает при сочетании внутриутробной патологии с тяжелой асфиксией в родах. Установлена определенная зависимость между длительностью клинической смерти и тяжестью поражения ЦНС. При клинической смерти более 7–10 минут часто возникают малообратимые изменения со стороны ЦНС с проявлениями в дальнейшем детского церебрального паралича, речевых расстройств, нарушений умственного развития.

Напомним, что тяжелые родовые травмы, гипоксия и асфиксия в родах могут быть как единственной причиной аномального развития, так и фактором, сочетающимся с внутриутробным недоразвитием мозга ребенка.

Среди причин, обуславливающих отклонения в психомоторном развитии ребенка, определенную роль может играть *иммунологическая несовместимость* между матерью и плодом по резус-фактору и антигенам крови.

Резус или групповые антитела, проникая через плацентарный барьер, вызывают распад эритроцитов плода. В результате этого распада из эритроцитов выделяется особое, токсичное для центральной нервной системы вещество — непрямой билирубин. Под влиянием непрямого билирубина в первую очередь поражаются подкорковые отделы мозга, слуховые ядра, что приводит к нарушениям слуха, речи, расстройствам эмоциональной сферы и поведения. Возникает так называемая *билирубиновая энцефалопатия*.

При преимущественно внутриутробных поражениях мозга возникают наиболее тяжелые отклонения в развитии, включающие умственную отсталость, недоразвитие речи, дефекты зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата. Эти сложные дефекты могут сочетаться с пороками развития внутренних органов, которые часто наблюдаются при различных инфекционных, особенно вирусных, заболеваниях беременной женщины. Наиболее тяжелое поражение плода возникает при заболевании матери в первом триместре беременности.

Частота поражения плода при различных вирусных заболеваниях будущей матери неодинакова. Наиболее неблагоприятны в этом отношении краснуха, эпидемический паротит, корь. Поражение плода также может быть и при заболевании беременной женщины инфекционным гепатитом, ветряной оспой, гриппом и др.

У женщин, перенесших во время беременности краснуху, особенно в период эмбриогенеза, т. е. от 4 недель до 4 месяцев, отмечается высокая частота рождения детей с пороками развития мозга, дефектами органов слуха, зрения, а также сердечно-сосудистой системы, иначе говоря, у младенцев этих женщин имеет место так называемая *рубеолярная эмбриопатия*.

Внутриутробная патология имеет место при наличии у беременной женщины скрытых (латентных) хронических инфекций, особенно таких, как токсоплазмоз, цитомегалия, сифилис и др. Поражение мозга плода при этих инфекциях часто приво-

дит к умственной отсталости, сочетающейся с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, эпилептическими припадками и др.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают также внутриутробные интоксикации, нарушения обмена веществ у беременной женщины.

Внутриутробные интоксикации могут возникать при применении матерью во время беременности лекарственных средств. Доказано, что большинство лекарственных препаратов проходит через плацентарный барьер и проникает в кровеносную систему плода. К таким препаратам относятся нейролептические, снотворные и успокаивающие средства, многие антибиотики, салицилаты, и в частности аспирин, анальгетики, в том числе лекарства, применяемые при головной боли, и многие другие. Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода могут оказать различные гормональные препараты и даже большие дозы витаминов, препарата кальция. Особенно выражен токсический эффект всех этих препаратов в ранние сроки беременности.

Особенно неблагоприятное влияние на развивающийся плод оказывает употребление матерью во время беременности алкоголя, наркотических средств, а также курение.

Специальные исследования последних лет показали наличие связи между сроком беременности и характером влияния алкоголя на потомство. Употребление алкоголя будущей матерью в первом триместре беременности, особенно в первые недели после зачатия, как правило, вызывает гибель клеток зародыша, что приводит к грубым порокам развития нервной системы плода. Алкоголизация плода на более поздних сроках беременности вызывает структурные изменения в его нервной и костной системах, а также в различных внутренних органах. Такие системные проявления алкогольного повреждения плода во внутриутробном периоде получили название *алкогольного синдрома плода*. При алкогольном синдроме плода выраженные нарушения психомоторного развития, включающие умственную отсталость, обычно сочетаются с множественными пороками развития: дефектами в строении черепа, лица, глаз, ушных раковин, скелетными аномалиями, врожденными

пороками сердца и выраженной дисфункцией со стороны центральной нервной системы.

Установлено, что хронический алкоголизм матери, как правило, сочетается со систематическим курением, более частым употреблением наркотиков и лекарственных препаратов с наркотическим действием. В этих случаях у ребенка наблюдаются явно выраженные отклонения в развитии, сочетающиеся с нарушениями поведения и часто судорожными припадками. Кроме того, многие из этих детей отличаются выраженной физической ослабленностью, низкой жизнеспособностью.

Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают различные нарушения обмена веществ у беременной женщины, чаще всего возникающие при поздних токсикозах беременности, особенно при нефропатии.

Отрицательное воздействие на развитие плода оказывают также такие заболевания, как сахарный диабет, гормональная недостаточность, различные наследственные болезни обмена веществ, например фенилкетонурия.

Причиной нарушения развития плода могут быть различные физические факторы, и в первую очередь ионизирующая радиация, а также действие токов высокой частоты, ультразвука и др. Кроме непосредственного повреждающего действия на мозг плода, эти факторы имеют мутагенное влияние, т. е. повреждают половые клетки родителей и приводят к генетическим заболеваниям.

Нарушения психомоторного развития возникают и под влиянием различных неблагоприятных факторов после рождения. В этих случаях отмечаются *постнатальные отклонения* в развитии, имеющие органическую или функциональную природу.

К причинам органического характера относятся прежде всего различные нейроинфекции — энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты, а также вторичные воспалительные заболевания мозга, возникающие как осложнения при различных инфекционных детских заболеваниях (кори, скарлатине, ветряной оспе и др.). При воспалительных заболеваниях головного мозга часто имеет место гибель нервных клеток с последующим замещением их рубцовой тканью. Кроме того, в этих

условиях может развиваться гидроцефалия с повышением внутричерепного давления (гидроцефально-гипертензионный синдром). Оба этих фактора — гибель нервных клеток и развитие гидроцефалии — способствуют атрофии участков мозга, что приводит к различным отклонениям в психомоторном развитии, которые проявляются в виде двигательных и речевых расстройств, нарушений памяти, внимания, умственной работоспособности, эмоциональной сферы и поведения. Кроме того, иногда наблюдаются головные боли и судорожные припадки.

Черепно-мозговые травмы также могут вызывать органическое повреждение ЦНС. Характер последствий черепно-мозговой травмы зависит от ее вида, обширности и локализации поражения мозга. Однако следует иметь в виду, что при повреждении незрелого мозга нет прямой корреляции между локализацией и тяжестью поражения, с одной стороны, и отдаленными последствиями в аспекте нарушений психомоторного развития — с другой. Поэтому при оценке роли экзогенно-органических факторов в возникновении отклонений в психомоторном развитии необходимо учитывать время, характер и локализацию повреждения, а также особенности пластичности нервной системы ребенка, его наследственную структуру, степень сформированности нервно-психических функций в момент повреждения мозга.

Нарушения психомоторного развития отмечаются у детей с тяжелыми и длительными соматическими заболеваниями. Известно, что многие соматические заболевания у новорожденных и грудных детей могут обуславливать поражение нервной системы в результате нарушений обмена веществ и накопления токсических продуктов, неблагоприятно воздействующих на развивающиеся нервные клетки. Поражение нервной системы при соматических заболеваниях чаще возникает у недоношенных и гипотрофичных детей, а также в случаях внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах.

Так, задержка психомоторного развития различной степени выраженности может наблюдаться у детей с нарушениями кишечного всасывания (мальабсорбции). Нервно-психические отклонения проявляются у них уже с первых месяцев

жизни: они отличаются повышенной нервной возбудимостью, нарушениями сна, замедленным формированием положительных эмоциональных реакций, общения со взрослым. В дальнейшем эти дети отстают в умственном и речевом развитии, у них с задержкой формируются все интегративные функции, в частности зрительно-моторная координация.

К функциональным причинам, вызывающим отклонения психомоторного развития, относятся социально-педагогическая запущенность, эмоциональная депривация (недостаточность эмоционально положительного контакта со взрослым), главным образом в первые годы жизни. Известно, что неблагоприятные условия воспитания, особенно в младенческом и раннем возрасте, замедляют развитие коммуникативно-познавательной активности детей. Выдающийся отечественный психолог Л. С. Выготский неоднократно подчеркивал, что процесс формирования психики ребенка определяется социальной ситуацией развития.

Нарушения психомоторного развития имеют различную динамику. Наряду со стойкими отклонениями в развитии, обусловленными органическим поражением мозга, наблюдается множество так называемых обратимых вариантов, которые возникают при легкой мозговой дисфункции, соматической ослабленности, педагогической запущенности, эмоциональной депривации. Эти отклонения могут быть полностью преодолены при условии своевременного проведения необходимых лечебно-коррекционных мероприятий.

Среди таких обратимых форм нарушений в первые годы жизни наиболее часто наблюдаются отставания в развитии моторики и речи.

Следует отметить важность медицинской диагностики таких функциональных расстройств. Только комплексный эволюционный анализ развития ребенка в целом и его неврологических нарушений в частности является основой правильного диагноза и прогноза.

Практика показывает, что многие родители при наличии у детей речевых и двигательных нарушений основное значение придают медикаментозному лечению, явно недооценивая важность коррекционной работы.

В настоящее время установлено, что существует много вариантов функциональных, парциальных (частичных) отклонений, проявляющихся прежде всего в отставании развития речи или моторики, которые обусловлены особенностями созревания мозга. Подход к лечению и преодолению этих отклонений сугубо индивидуален, и далеко не всем детям показано интенсивное стимулирующее лечение.

Возрастные закономерности психомоторного развития детей в норме и патологии

Основные закономерности возрастного развития

Для того чтобы как можно раньше выявить у ребенка отклонения в развитии, важно не только иметь представление об их причинах, но и знать основные закономерности нормального психомоторного развития.

Психическое развитие осуществляется под влиянием биологических и социальных факторов в их неразрывном единстве. Соотношение этих факторов в формировании различных функций неоднозначно. Становление таких жизненно важных функций, как регуляция дыхания, сердечно-сосудистой деятельности, пищеварения, в основном предопределяется биологическими факторами (генетической программой развития). Формирование же функциональных систем, связанных с высшей нервной деятельностью, в значительной степени обусловлено особенностями социального окружения, обучения и воспитания.

Л. С. Выготским было выдвинуто положение о ведущей роли обучения и воспитания в психическом развитии ребенка. Он подчеркивал, что высшие психические функции (произвольное внимание, активное запоминание, мышление и речь) проходят длительный путь своего формирования и преимущественно зависят от окружающей социальной среды. При этом среда выступает не только как условие, но и как источник развития.

Особенности психического развития в норме и патологии в значительной степени связаны с закономерностями созревания мозга, которое также обусловлено взаимодействием генетических и средовых факторов.

Закономерности развития мозга и созревания функциональных систем определяют преемственность этапов нервно-психического развития ребенка. Это определяется важным принципом эволюции мозга, а именно принципом гетерохронности его развития. Как указывал Л. С. Выготский, каждая психическая функция имеет свой оптимальный этап формирования, который соответствует периоду главенствующего положения этой функции в психике. Интенсивное и неравномерное развитие психических функций в эти периоды обуславливает их повышенную ранимость. Неравномерность созревания проявляется в парциальных (частичных) задержках развития. Например, при нормальном психическом развитии у ребенка может наблюдаться удовлетворительное понимание речи и временное отставание в становлении активной, разговорной речи. Про таких детей родители обычно говорят: «Все понимает, но не говорит». Безусловно, при таком неравномерном развитии речи ребенок должен быть тщательно обследован врачом-психоневрологом и логопедом.

Наряду с неравномерностью созревания отдельных функциональных систем и их звеньев важное значение для нормального психического развития имеет их взаимодействие, иначе не возникнет полноценного соединения систем в единый ансамбль, что приведет к специфическим отклонениям в развитии. Несмотря на различный темп созревания каждой функциональной системы на разных этапах возрастного развития ребенка, его мозг во все периоды жизни работает как единое целое, что предполагает формирование межсистемных связей.

Развитие межсистемных связей в нормальном онтогенезе начинается в первые месяцы жизни ребенка. Затем их развитие осуществляется все интенсивнее. При этом наиболее активно формируются связи с двигательнo-кинестетическим анализатором: поворот головы в сторону звука — слухо-моторные связи, манипуляции с игрушкой — зрительно-тактильно-кинестетические и зрительно-тактильно-моторные, самоподражание

звукам — слухо-вокальные. И наконец, развивается одна из узловых функций первого полугодия жизни — зрительно-моторная координация, которая будет совершенствоваться на протяжении всего дошкольного возраста.

У новорожденного ребенка, наряду с набором первичных врожденных рефлексов, обеспечивающих жизненно важные функции сосания, глотания, дыхания, регуляции мышечного тонуса, отмечается преобладание восприятия контактных раздражений. На различные тактильные раздражители ребенок отвечает общей и местной двигательной реакцией. При этом наиболее развиты у него защитные рефлексy, возникающие при раздражении глаз или области рта. Так, при болевом раздражении в области глаз ребенок замуривает глаза, в области угла рта — поворачивает голову в противоположную сторону. Кроме того, у него хорошо выражены все безусловные рефлексy, связанные с кормлением. Угнетение или чрезмерная выраженность безусловных рефлексов свидетельствуют о поражении нервной системы.

Одним из важных показателей нормального психомоторного развития и формирования межфункциональных связей является, в частности, фиксация взора ребенка на своей руке, которая в норме возникает в возрасте 2–3 месяцев, а затем направление руки к объекту. С 12–13 недель ребенок начинает скидывать руки на зрительный стимул и направлять их к объекту. Он также направляет руки ко рту, следит за движением своих рук. К 4 месяцам у ребенка формируется реакция активного осязания под контролем зрения. Это проявляется в том, что после зрительного сосредоточения на каком-либо предмете он направляет к нему обе руки и начинает ими водить по этому предмету. В возрасте 5–5,5 месяцев ребенок начинает захватывать предметы.

Зрительно-моторная координация становится узловой функцией с 5-го месяца жизни ребенка. Это проявляется в том, что ребенок тянется к видимому и близко расположенному предмету, контролируя движения руки взглядом. На этом же этапе у ребенка формируются зрительно-тактильно-моторные связи, что проявляется в тенденции тянуть в рот находящуюся в руке игрушку.

Развитие трехзвеньеовой связи типа зрительно-моторно-тактильной служит основой для формирования в дальнейшем манипулятивной и игровой деятельности.

На основе зрительно-моторного манипулятивного поведения у ребенка уже со второго полугодия жизни формируется активная познавательная деятельность.

Уже в процессе наблюдения за ребенком раннего возраста можно отметить те особенности его поведения, которые характерны для отставания психомоторного развития. В особо тяжелых случаях ребенок вообще может не проявлять интереса к окружающему; или же его действия с предметом могут иметь характер стереотипии — длительных и однообразных повторений одних и тех же действий: он однообразно стучит предметом о предмет, раскачивается, размахивает руками перед глазами и т. д. Подобное поведение характерно для детей с различными отклонениями в психическом развитии. Оно может наблюдаться у умственно отсталых детей, а также у детей, страдающих ранним детским аутизмом или задержкой психического развития вследствие эмоциональной депривации.

В основе формирования и развития психики ребенка лежит разнообразная деятельность, взаимодействие с внешним миром, и прежде всего — с окружающими взрослыми.

Если у малыша имеется двигательная или сенсорная недостаточность, то у него прежде всего нарушено формирование восприятия предметов окружающего мира. Несформированность предметных действий задерживает становление предметного восприятия. Известно, что предметные действия развиваются по мере совершенствования общей моторики под контролем зрения. Так, ребенок начинает активно манипулировать с предметами, если он хорошо держит голову, устойчиво сидит и когда у него сохранно зрительное восприятие. Только в этих условиях развивается описанное выше зрительно-моторное манипулятивное поведение. По мере действия с предметами у малыша развивается активное осязание, появляется возможность узнавания предмета на ощупь. Эта функция — стереогноз — имеет важное значение для развития познавательной деятельности. У детей с отклонениями в развитии, особенно при наличии двигательных и зрительных на-

рушений, спонтанное развитие этой функции нарушено, и необходимы специальные коррекционные занятия по ее формированию.

На каждом возрастном этапе та или иная психическая или моторная функция имеет ведущее (доминирующее) значение в общем поступательном характере психомоторного развития. У ребенка первых месяцев жизни такой функцией является зрительное восприятие. К 3 месяцам ведущую роль в психическом развитии ребенка начинает играть слуховое восприятие.

Реакция на звуковой раздражитель с возможностью локализации звука в пространстве появляется у здорового ребенка в возрасте 7–8 недель, более отчетливо — в 10–12 недель, когда ребенок начинает поворачивать голову в сторону звукового раздражителя. Спустя некоторое время такая же реакция возникает на звучащую игрушку. В возрасте 8–10 недель ребенок поворачивается к источнику звука, расположенному над головой, а к 3 месяцам он быстро локализует звук любого направления не только в положении лежа, но и в вертикальном положении на руках у взрослого.

К 3 месяцам слуховые реакции начинают приобретать доминантный характер: если заговорить с двигательным возбужденным и кричащим ребенком или погреметь звучащей игрушкой, он замирает и перестает кричать. Если в момент появления звукового раздражителя ребенок был спокоен или спал, он вздрагивает.

Отсутствие слуховых реакций, их несимметричность либо чрезмерная длительность латентного периода могут указывать на нарушения слуха. Такой ребенок срочно нуждается в специальном обследовании — электрокорковой аудиометрии. При этом следует иметь в виду, что отсутствие или слабость реакций на звуковые раздражители чаще всего обусловлены снижением слуха, в то время как неравномерность реакций на звуки, расположенные с разных сторон, может быть обусловлена и особенностями поведения взрослых. Так, если взрослый подходит к кроватке ребенка всегда с одной стороны, то и поворот на звук в эту сторону будет проявляться более четко. Если в этих случаях дать указание родителям о необходимо-

сти речевого контакта с ребенком с другой стороны, то быстро можно отметить одинаковость слуховых реакций.

При оценке слуховой функции у ребенка 3–6 месяцев следует обратить внимание на способность локализовать звук в пространстве, избирательность и дифференцированность реакции. Так, ребенок в возрасте 3 месяцев быстро и точно поворачивает голову к источнику звука. Ребенок же в возрасте 5–6 месяцев быстро поворачивает голову к источнику звука только тогда, когда его внимание не отвлечено другими, более сильными раздражителями, т. е. если он в этот момент не занимается с игрушкой, не общается со взрослым и т. п. В противном же случае ребенок может вообще не проявить реакции на звук либо отреагировать на него после длительного латентного периода. Это свидетельствует не о снижении уровня звукового восприятия, а о развитии функции активного внимания.

У детей с отклонениями в развитии реакции на звук могут отсутствовать, быть неярко выраженными, фрагментарными или патологическими. Отсутствие реакций наблюдается при глухоте или тяжелой тугоухости, а также при глубокой умственной отсталости и иногда при раннем детском аутизме. Фрагментарность реакции, когда ребенок воспринимает звуковой раздражитель, но не поворачивается к нему, может быть обусловлена двигательными или зрительными дефектами. Снижение реакции проявляется в виде удлинения латентного периода, ее быстрого угасания. Это имеет место у заторможенных и апатичных детей, а также при раннем детском аутизме. В отличие от тугоухих детей, которые реагируют только на более громкие звуки, для вызывания реакции у этих детей часто необходима повторная стимуляция.

У ребенка, перенесшего родовую травму, асфиксию, особенно при наличии у него повышенного внутричерепного давления, реакция на звуковой стимул часто усилена и возникает очень быстро. Такой ребенок в ответ на любой звуковой раздражитель сильно вздрагивает, кричит, иногда у него появляется дрожание ручек и подбородка. Подобного типа реакция является патологической. Ее длительное сохранение ха-

рактерно для детей с задержкой психического развития и повышенной возбудимостью нервной системы.

Психомоторное развитие ребенка первого года жизни

Первый год жизни имеет важнейшее значение в психическом развитии ребенка. Мозг развивается в наиболее высоком темпе. Ребенок, вначале беспомощный, к концу первого года жизни овладевает прямостоянием, ходьбой, предметно-манипулятивной деятельностью, начальным пониманием обращенной речи. Именно в этот период начинается становление речи как средства общения, т. е. формируется сугубо человеческая функция, на развитие которой в эволюции ушли миллионы лет.

В психомоторном развитии ребенка первого года жизни выделяют несколько периодов, на каждом из которых происходит поступательное усложнение довербальных форм общения, составляющих основу для становления речи и мышления (Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова, 1981).

Уже в **первый период — период новорожденности (0–1 мес.)** наряду с набором врожденных приспособительных реакций, играющих основную роль в жизнедеятельности организма, можно с 3–4-й недели жизни выявить начальные предпосылки так называемого коммуникативного поведения: в ответ на обращенный к ребенку ласковый голос или улыбку начинает возникать ротовое внимание — ребенок замирает, его губы слегка вытягиваются вперед, он как бы «слушает» губами. Вслед за этой реакцией появляется улыбка. Уже в период новорожденности можно отметить, что ребенок быстрее реагирует на голос, чем на звучащую игрушку.

Во втором периоде (1–3 мес.) у ребенка наряду с интенсивным развитием реакций на зрительные и слуховые раздражители более отчетливо проявляются эмоциональные реакции на общение со взрослым: стабилизируется улыбка, а к концу периода появляется смех. К 3 месяцам у ребенка начинает развиваться выраженная эмоциональная реакция на появление взрослого — «комплекс оживления». Попытка вступить в контакт с ребенком 10–12 недель вызывает у него радостное

оживление, повизгивание, вскидывание ручек, перебирание ножками, голосовые реакции. На этом возрастном этапе комплекс оживления возникает при виде как знакомого, так и незнакомого лица.

Своевременное появление и хорошая выраженность комплекса оживления свидетельствуют о нормальном психическом развитии ребенка.

У детей, которые в дальнейшем демонстрируют выраженные отклонения в психическом развитии, комплекс оживления и другие эмоционально-мимические и голосовые реакции на все окружающие стимулы отсутствуют. Недоразвитие отдельных компонентов комплекса оживления, например движений рук или ног (двустороннее или одностороннее), может указывать на поражение двигательной сферы; слабость или отсутствие голосовых реакций или носовой оттенок голоса характерны для поражения речедвигательной мускулатуры, что в дальнейшем может привести к речевым расстройствам.

Отсутствие комплекса оживления или его парадоксальность, например появление страха, крика и других отрицательных эмоций, характерны для детей с эмоциональными нарушениями — ранним детским аутизмом, ранней детской нервно-стью и другими расстройствами.

Поскольку комплекс оживления формируется в тесной взаимосвязи с развитием зрения и слуха, то при дефектах этих анализаторов он может отсутствовать или проявляться в рудиментарной форме. При врожденной слепоте или глухоте и особенно при сочетании этих дефектов комплекс оживления на данном возрастном этапе отсутствует.

При нерезко выраженном поражении центральной нервной системы у детей, перенесших родовую травму, асфиксию, желтуху новорожденных, а также у недоношенных и незрелых комплекс оживления проявляется в более поздние сроки. Он также может отсутствовать у детей, воспитывающихся в условиях эмоциональной депривации.

В третьем периоде (3–6 мес.) реакции, входящие в комплекс оживления, все более дифференцируются. Ребенок старше 4 месяцев при приближении к нему взрослого и при попытке вступить с ним в контакт внимательно всматривается в лицо взрослого, широко открывает глаза и рот, притормаживает

вает общие движения. Таким образом у него проявляется ориентировочная реакция, которая в одних случаях переходит в радостное оживление, а в других сменяется страхом и криком. Следует отметить, что реакция страха на этом возрастном этапе появляется не у всех детей. Это зависит от индивидуальных особенностей ребенка, а также от условий его воспитания и окружения. Чрезмерная же выраженность реакции страха на этом возрастном этапе характерна для детей с повышенной нервной возбудимостью, ранним детским аутизмом. Она может быть первым признаком врожденной детской нервной, легкой мозговой дисфункции, повышения внутричерепного давления при гидроцефалии. Она также характерна для детей с детским церебральным параличом.

Отсутствие дифференциации комплекса оживления на этом возрастном этапе характерно для задержки психомоторного развития, в том числе вследствие недостаточного общения взрослых с ребенком. Дифференциация комплекса оживления раньше происходит у детей, воспитывающихся дома, чем у детей, находящихся в детских учреждениях.

К концу этого возрастного этапа ребенок начинает узнавать мать. Правда, эта реакция еще очень непостоянна, и ее появление зависит от многих условий, поэтому ее отсутствие не имеет самостоятельного диагностического значения. Однако если ребенок узнает мать, то это говорит о хорошем психическом развитии ребенка.

Для оценки психического развития на этом возрастном этапе важно проследить, как ребенок реагирует на игрушку. Ведущей формой деятельности в этом возрасте становится манипулирование игрушкой. Ребенок не только длительно фиксирует взор на игрушках и прослеживает за их перемещением, но направляет к ним руки, схватывает их, тянет в рот. Это сопровождается выразительными эмоциональными реакциями: он то улыбается, то хмурится.

К концу периода видоизменяется характер зрительного прослеживания. Если ранее дети следили за предметом не отрывая взгляда, а выпустив предмет из поля зрения, больше к нему не возвращались, то после 5 месяцев ребенок, следя за предметом, как бы «ощупывает» его взглядом; если при этом его внимание переключить на другой предмет (лицо взрослого), то через се-

кунду он может вернуться к активному рассматриванию игрушки. Проявление этой функции — очень важный показатель нормального нервно-психического развития.

В этот период интенсивно развиваются голосовые реакции, которые начинают приобретать некоторую самостоятельность. Наряду с певучим гулением к концу периода появляются лепет, а также избирательность и дифференцированность реакций на звук и способность локализовать звук в пространстве.

В развитии движений рук ведущую роль начинает играть зрительный анализатор: к концу периода ребенок быстро и точно направляет руку к игрушке, расположенной в поле его зрения.

На следующем, **четвертом, этапе** развития (**6–9 мес.**) при общении ребенка со взрослым у него отчетливо проявляется ориентировочная реакция, которая сменяется реакцией радостного оживления на знакомые лица и реакцией страха на незнакомые. В некоторых случаях можно наблюдать, как ориентировочная реакция переходит в познавательный интерес, минуя реакцию страха.

Отличительной особенностью психического развития ребенка на этом возрастном этапе является его готовность к совместному со взрослым манипулированию игрушкой. Кроме того, к концу этого этапа у ребенка появляются начальные элементы общения со взрослым с помощью жестов. Он протягивает к взрослому руки, показывая, что хочет на руки, либо тянется руками к далекому предмету, если хочет его получить.

Отклонениями от нормального возрастного развития на этом этапе являются: полное безразличие к общению со взрослым (умственная отсталость, выраженная задержка психического развития, аутизм); общий комплекс оживления и подражательная улыбка вместо ориентировочной реакции и игрового манипулирования (задержка психического развития); чрезмерная выраженность и длительность реакции страха, переходящая в реакцию протеста и препятствующая общению (врожденная детская нервность, аутизм, гиперактивность).

Для диагностики отклонений развития на данном возрастном этапе важное значение имеет оценка реакции ребенка на обращенную речь. При нормальном развитии к концу этого этапа ребенок должен проявлять начальное ситуационное по-

нимание обращенной речи, отвечая действием на словесную инструкцию. Например, он поднимает голову и глаза к лампе на вопрос: «Где огонек?», прижимается щекой к матери на просьбу «Поцелуй маму» и т. п. К концу периода он также обучается игре в «ладушки», ищет спрятанную у него на глазах игрушку.

Закономерным в этом возрасте является появление лепета. При общении со взрослым, после того как преодолена ориентировочная реакция и страх, ребенок начинает произносить цепочки слогов *ба-ба-ба*, *ма-ма-ма*. Если взрослый начнет отвечать ему тем же, голосовая активность ребенка возрастает, появляется радостное оживление и ребенок будет стараться подражать взрослому и самому себе. К 9 месяцам наблюдается расцвет лепета, он обогащается новыми звуками, интонациями и становится постоянным ответом на голосовое обращение взрослого.

При отставании в психическом развитии, при детском церебральном параличе, аутизме, глухоте, выявляемых в дальнейшем тяжелых нарушениях речи лепет отсутствует или проявляется в рудиментарной форме.

Пятый период возрастного развития ребенка первого года жизни (**9–12 мес.**) характеризуется прежде всего появлением нового типа общения со взрослым, а именно предметно-действенного. Контакт с ребенком устанавливается и поддерживается с помощью ярких предметов и игрушек, которыми ребенок активно манипулирует. При этом он начинает проявлять избирательное отношение к различным предметам, но у него всегда отчетливо выражена реакция на новизну. Характерной особенностью этого этапа развития является то, что активная ориентировочно-исследовательская деятельность ребенка начинает подавлять реакцию страха на новые раздражители.

Комплекс оживления в этом возрасте при нормальном психическом развитии закономерно угасает. Поэтому его выраженность, даже у недоношенного и ослабленного ребенка, является одним из признаков задержки психического развития.

Для диагностики психического развития ребенка на этом возрастном этапе важное значение имеет комплексная оценка эмоциональных реакций. При отставании в психическом развитии у ребенка отсутствует адекватная реакция на незна-

когого человека, нет интереса к игрушкам, не выражена реакция на новизну, нет познавательных и дифференцированных эмоций. Мимика таких детей однообразна, улыбка носит подражательный характер и возникает в ответ на любое улыбающееся лицо взрослого, у них может наблюдаться недифференцированный комплекс оживления и автоматическое зрительное прослеживание.

У детей с аутизмом предметно-действенное общение со взрослым не развивается. При церебральном параличе обычно отсутствуют выразительные мимические и голосовые реакции, из-за двигательных нарушений ребенок затрудняется в захвате игрушки и взаимодействии со взрослым, но при сохранном интеллекте всегда наблюдается адекватность и избирательность эмоциональных реакций.

Важное значение для диагноза и прогноза отклонений в развитии имеет также выявление реакции ребенка на речевое общение. Начиная с 9 месяцев дети с нормальным слухом и интеллектом адекватно реагируют на обращение, речь, ее интонацию, откликаются на свое имя, отвечают действием на некоторые знакомые словосочетания типа: «открой рот», «дай ручку» и др. К концу этого периода при слове «нельзя» большинство детей перестает тянуться к какому-либо предмету, т. е. действия ребенка начинают более отчетливо подчиняться словесным командам, что свидетельствует о начале развития регулирующей функции речи. К году ребенок понимает и простую обиходную речь. Однако необходимо отметить, что указанные функции развиваются у ребенка не спонтанно, а лишь в процессе специальных занятий. Поэтому они могут отсутствовать при педагогической запущенности.

Наряду с оценкой понимания речи следует обратить внимание и на произносимые ребенком звуки. Для начала этого этапа развития характерен активный лепет, состоящий из 5–6 слогов. Ребенок эхоталитично повторяет слоги, хорошо копирует интонацию, воспроизводит мелодическую схему знакомых фраз, с удовольствием произносит различные звуко сочетания с губными звуками, восклицания, междометия. Все эти звуки он сопровождает выразительной мимикой и жестами.

К концу периода ребенок чаще, чем раньше, обращает внимание на лицо говорящего, кивает головой в знак утверждения

и качает головой в знак отрицания. Его голосовое общение со взрослым расширяется, он выражает эмоции удовольствия и неудовольствия. Большинство детей сигнализирует о биологических потребностях и интонационно выражает просьбу.

Качественной особенностью этого периода является начало общения ребенка со взрослым при помощи звукосочетаний.

В норме на этом этапе у большинства детей кончается до-речевой период и начинается развитие речи. Одновременно появляется и новый интерес — рассматривание книг с картинками. В результате специальных занятий ребенок научается узнавать на картинках знакомые предметы, показывать их по инструкции и затем обозначать лепетными словами. Развивается также интерес к ритмам простых песен.

Развитие речевого общения в указанном объеме является показателем хорошего психического развития. При отставании психического развития ребенок на этом возрастном этапе не понимает обращенной речи и не начинает говорить сам. Он также не стремится к предметно-действенному общению со взрослым. Следует отметить, что если у ребенка все позитивные компоненты этого возрастного этапа хорошо выражены, но он не начинает произносить собственные лепетные слова, то это не имеет прямого диагностического значения, так как появление активной речи отличается большими индивидуальными вариациями.

При нормальном психическом развитии к концу этого этапа наблюдается выраженная дифференцированность сенсорных реакций, которые можно оценить, наблюдая за игровыми действиями ребенка. Он радостно играет в прятки, звонит в колокольчик, привлекая внимание окружающих, играет со своим изображением в зеркале, ищет спрятанный предмет, предпочитает пользоваться звучащими игрушками, начинает применять предметы по их назначению — пить из чашки, есть ложкой и т. п.

Формирование психических функций у ребенка раннего возраста в значительной степени зависит от условий среды и воспитания (в широком смысле). При этом ведущая роль принадлежит общению с матерью. Наши наблюдения показывают, что развитие этой «взаиморегулирующей» системы «мать — ребенок» составляет основу для формирования всех психомо-

торных функций у здорового ребенка и особенно у детей с отклонениями в развитии.

Роль упражнений анализаторных систем в созревании коры головного мозга была экспериментально доказана многочисленными исследованиями. В частности, еще в 1956 г. Б. Н. Клоссовским и Е. Н. Космарской было показано, что полное одномоментное выключение рецепторов зрительного, слухового и вестибулярного анализаторов у щенков раннего возраста приводит к замедлению роста мозга. Последующие исследования многих авторов показали, что лишение зрительного, слухового, двигательного-кинестетического анализаторов специфических раздражителей в раннем возрасте, особенно в период их интенсивного формирования, ведет к уменьшению величины корковых отделов, в которых осуществляется анализ и синтез этих раздражителей. Таким образом, поскольку созревание мозга после рождения находится в тесной связи с функционированием анализаторов, особо важное значение приобретает ранняя диагностика сенсорных и двигательных дефектов и их своевременная коррекция.

Особо важная роль в психическом развитии ребенка принадлежит речи, причем не только в развитии высших форм логического мышления, но и в формировании восприятия. Речевое недоразвитие обычно сочетается с отставанием в общем психическом развитии.

Наиболее серьезные нарушения в развитии имеют место при сложном дефекте. Так, у детей с церебральным параличом двигательные нарушения часто сочетаются с дефектами зрения, слуха, которые при отсутствии ранней коррекционной работы приводят к отставанию в психическом развитии.

Развитие психики ребенка зависит от его взаимодействия с внешним миром. Специфика сложного дефекта при детском церебральном параличе накладывает ограничения на это взаимодействие, что является одной из причин нарушений психического развития.

У детей с сенсорными и двигательными дефектами не развивается предметное восприятие и с трудом формируются предметные действия.

Мы уже отмечали, что для развития восприятия предметов окружающего мира важное значение имеет согласованность

движений руки и глаза. У детей с дефектами зрения, детским церебральным параличом зрительно-моторная координация развита недостаточно.

При нарушениях слуха также создаются неблагоприятные условия для психического развития ребенка. В этих случаях отчетливо выражено отставание в развитии речи, затруднено формирование словесно опосредованных форм памяти, словесно-логического мышления, навыков общения.

Ребенок с двигательными и сенсорными дефектами развивается в условиях своеобразной сенсорной и двигательной депривации.

Для многих детей с отклонениями в развитии характерно задержанное формирование гностических функций. Гнозис представляет собой сложный комплекс аналитико-синтетических процессов, направленных на распознавание объекта как целого и отдельных его характеристик.

Недостаточная сформированность зрительного гнозиса проявляется в трудностях узнавания некоторых изображений, особенно заштрихованных, перевернутых, недорисованных. Специфическим проявлением недостаточности зрительного гнозиса у детей с отклонениями в развитии является трудность выделения целостного изображения из фона.

Недостаточность слухового гнозиса проявляется в основном в несформированности фонематического восприятия, что задерживает становление понимания речи, звукопроизношения, а в дальнейшем — навыков письма.

У большинства детей с отклонениями в развитии значительно нарушено формирование пространственных представлений. Восприятие пространства — результат совместной деятельности различных анализаторов, среди которых особая роль принадлежит двигательнo-кинестетическому. При выраженности пространственных нарушений дети испытывают затруднения при выполнении таких заданий, как сложение разрезных картинок, копирование фигур из палочек, кубиков.

У многих детей с отклонениями в развитии наблюдается недостаточность тонких дифференцированных движений пальцев рук, что задерживает у них развитие предметно-практической деятельности.

Роль речи в психическом развитии ребенка

Характерной особенностью детей с отклонениями в развитии является недостаточность у них знаний и представлений об окружающей действительности. Известно, что в становлении психики важная роль отводится взаимоотношению действия и речи. Хотя действенный анализ и синтез предшествует развитию словесного способа познания, в формировании правильных и осмысленных представлений необходимо участие речи.

Обозначение предмета или явления словом способствует как выявлению каждого из них, так и их объединению. В процессе активного взаимодействия ребенка с окружающим миром у детей формируются комплексные ассоциации, из которых развиваются представления. У детей с двигательными нарушениями формирование комплексных ассоциаций затруднено, поэтому их представления об окружающем не только ограничены, но порой и ошибочны.

Дефекты в развитии речи приводят к трудностям формирования операций сравнения, дифференцированного восприятия объектов. Поэтому у детей с недоразвитием речи обычно имеет место отставание в умственном развитии.

Развитие на первом году жизни сенсомоторных функций и довербальной коммуникации является основой формирования речи и мышления. В возрасте от года до 3 лет речь начинает занимать центральное место в психическом развитии ребенка.

К 3 годам ребенок общается с окружающими развернутыми фразами. Скачкообразно возрастает его активный словарь. Отмечается выраженная речевая активность, ребенок постоянно комментирует речью свои игровые действия, начинает задавать вопросы взрослым.

Развитие речи на этом возрастном этапе перестраивает все психические процессы ребенка. Именно речь становится ведущим средством общения и развития мышления. К 3 годам ребенок начинает говорить о себе в первом лице, у него формируется чувство «Я», т. е. возможность выделения себя из окружающего мира.

В этот период у ребенка отмечается выраженное стремление к самостоятельности. Попытки же родителей относиться к нему, как к малышу, вызывают у него чувство протеста. Если

родители упорно подавляют самостоятельность ребенка, у него формируются упрямство и стремление все делать наоборот, впоследствии становящиеся правилом.

Если ребенок в возрасте 2,5–3 лет не начинает говорить простые двусловные фразы, он должен быть обязательно проконсультирован у врача (детского невропатолога или психиатра) и логопеда.

Особенности отклонений в развитии детей раннего возраста

Нарушения психического развития у ребенка в возрасте от года до 3 лет отличаются большим разнообразием в зависимости от причин и характера поражения центральной нервной системы. Вместе с тем многие формы интеллектуальных, сенсорных, двигательных нарушений проявляются в виде отставания в развитии речи. Диагностика нарушений речевого развития на этом возрастном этапе представляет большие сложности, так как индивидуальные сроки начального развития речи широко варьируют. Следует также учесть, что любое неблагоприятное воздействие на организм ребенка в сензитивный для формирования речи период приводит к речевому недоразвитию. Поэтому любой ребенок с отставанием в речи требует комплексного клинико-психолого-логопедического обследования, а также оценки состояния слуха.

Отставание в развитии речи на этом возрастном этапе может иметь обратимый, функционально-динамический характер. Его следует отличать от системных стойких речевых расстройств у детей с органическим поражением центральной нервной системы, в том числе и с легкой мозговой дисфункцией. Кроме того, отставание в развитии речи может быть одним из начальных проявлений различных нервно-психических заболеваний.

В некоторых случаях на данном возрастном этапе, напротив, может наблюдаться чрезмерно интенсивное и неравномерное развитие речи, что при наличии сопутствующих неблагоприятных факторов может явиться причиной эволютивного возрастного заикания.

Кроме того, у детей с легкой мозговой дисфункцией нередко выявляются различные нарушения развития психомоторики в сочетании с синдромом гиперактивности.

Особенно важно обратить внимание на наличие реактивных расстройств психомоторики и речи, которые могут наблюдаться при различных наследственных синдромальных формах нервно-психических заболеваний. Они характерны прежде всего для синдрома раннего детского аутизма. Именно на этом возрастном этапе основные проявления данного синдрома становятся более отчетливыми: отгороженность ребенка от внешнего мира, слабость эмоционального реагирования по отношению к близким, однообразное, стереотипное поведение, непереносимость взгляда в глаза, своеобразные расстройства речи, игры с предметами неигрового назначения, страхи и т. п.

На этом же этапе более отчетливо проявляется синдром «счастливой куклы» — редкое заболевание, впервые описанное в 1965 г. При этом синдроме дети с рождения отстают в психическом развитии. В конце 1-го — начале 2-го года жизни у них развиваются эпилептиформные припадки и появляются приступы смеха и нарушения моторики, напоминающие движения заводной куклы.

ФОРМЫ И ВИДЫ НАРУШЕНИЙ И ОТКЛОНЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

- ¶ Стойкие психические нарушения в отдаленном периоде органических поражений головного мозга
- ¶ Классификация нервных нарушений у детей, их проявления и распространенность
- ¶ Основы психоневрологического понимания общего недоразвития речи
- ¶ Классификация психического дизонтогенеза
- ¶ Клиническая характеристика детей с нарушением темпа развития
- ¶ Психический инфантилизм
- ¶ Ваш ребенок сверхподвижен
- ¶ Акцентуации характера как преморбидный тип
- ¶ Предупреждение реакций дезадаптации
- ¶ Астения как одна из причин неуспеваемости детей в школе

Г. Е. Сухарева

СТОЙКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ОРГАНИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА¹

Церебрастенические, неврозоподобные, эпилептиформные состояния, которые часто являются последствиями инфекционных, интоксикационных и травматических поражений мозга, изложены в соответствующих лекциях. В настоящей лекции представлены другие стойкие формы психических расстройств, связанные преимущественно с нарушением возрастного развития.

Поражение развивающегося мозга и вызванные этим нарушения нервной и нейро-гуморальной регуляций могут быть причиной дисгармонического течения пренатального и постнатального онтогенеза. Поэтому психопатологические особенности и динамика постинфекционных и посттравматических изменений зависят не только от вредоносного фактора, его этиологии, массивности и остроты действия, но и от возраста, в котором ребенок перенес поражение головного мозга.

При повреждении незрелого мозга «изменяются не только различные психические функции, но поражаются и потенциальные возможности, нарушается динамика развития мозга и всего организма» (М. О. Гуревич). Следствием такого «двойного удара» является сложность клинической картины резидуального состояния. В ней можно выделить две основные группы синдромов: синдромы дефектного состояния, являющиеся прямым выражением ущерба, причиненного болезнью,

¹ Печатается по изд.: Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы. — М.: Медицина, 1974. — С. 112–120. В книге описаны клинические особенности и лечение психических расстройств при инфекционных и травматических поражениях мозга.

и синдромы задержанного и нарушенного развития — косвенные последствия того же церебрального поражения. Синдромы дефектного состояния могут проявляться либо в деградации всей психической деятельности (различные варианты деменции), либо в преимущественном поражении ее определенной сферы — эмоционально-волевые расстройства в форме психопатоподобных, апатико-абулических состояний, необратимых церебрастенических синдромов.

Синдромы задержанного и нарушенного развития отражают либо общие, либо частичные нарушения возрастной эволюции. В первом случае формируется клиническая картина общего инфантилизма, во втором — при преимущественном нарушении интеллектуального созревания развивается олигофрения, при нарушении формирования аффективно-волевой сферы — психопатоподобные состояния.

Нередко встречается еще один компонент, который можно назвать синдромом «вторичных» нарушений. Это изменения, обусловленные неправильными взаимоотношениями больного ребенка и его окружением. Дети, перенесшие поражение головного мозга, по своему состоянию неуживчивы в семье, не могут приспособиться к требованиям детских учреждений. Вследствие этого их психические нарушения, обусловленные болезнью, усугубляются еще больше. Такая «утяжеленная» картина может вызвать ложное представление о величине ущерба, причиненного болезнью, и послужить причиной неправильных, а иногда и вредных для больного заключений о помещении в учреждение для умственно отсталых.

Если первой особенностью резидуальных органических состояний у детей является сложность клинической картины, то вторая характерная черта заключается в их динамичности. Поражая растущий мозг, болезнь все же не выключает последующего развития. Как только кончается острый болезненный процесс, ведущая роль в динамике резидуального состояния переходит к фактору возрастной эволюции. Однако недостаточность регуляции, осуществляемой поврежденной центральной нервной системой, препятствует адекватной адаптации организма к изменениям внешней и внутренней среды. Поэтому даже физиологическая возрастная перестройка, на-

пример период полового созревания, может протекать у таких детей аномально и сопровождаться различными патологическими явлениями (церебрастеническими и психопатоподобными состояниями, судорожными припадками, психотическими эпизодами и т. п.), а легкая инфекция или травма могут вызвать неадекватные по характеру и интенсивности реакции.

Таким образом, динамика резидуальных органических состояний в детском возрасте определяется соотношением двух моментов: нарушенной деятельности дефектной нервной системы и факторов прогрессивного развития — продолжающейся возрастной эволюции и компенсаторными механизмами мозга.

К отдельным клиническим формам резидуальных органических состояний в детском возрасте относятся деменция, олигофрения, психопатоподобные состояния.

1. Деменция. По особенностям клиники и динамики можно выделить две формы органической деменции у детей. Одна из них представляет собой следствие церебральных поражений, перенесенных в школьном возрасте. Основанием для диагноза деменции в таких случаях является явный контраст между наличием знаний, навыков, отражающих уровень развития, достигнутый ребенком до заболевания, и его познавательными возможностями, обнаруживаемыми во время обследования. При знакомстве с такими больными обращают на себя внимание фонетически полноценная, грамматически и синтаксически правильная речь с удовлетворительным запасом слов, владение рядом бытовых и школьных навыков, манера держать карандаш и ручку, техника чтения и письма и т. д., запас некоторых знаний, усвоенных в школе. Между тем психологическое обследование выявляет крайнюю пестроту ответов: наряду с преобладанием элементарных, предметно-конкретных суждений неожиданно можно услышать полноценные обобщения и даже элементы абстракции, отражающие уровень интеллектуального развития ребенка до заболевания. Но ущерб, нанесенный заболеванием, не только препятствует приобретению новых знаний, но и лишает больного возможности использовать приобретенные ранее сведения, которые у него еще имеются. Продуктивность мышления снижается

и в связи с неустойчивостью, трудностью концентрации внимания, ухудшением памяти, повышенной истощаемостью.

Интеллектуальное снижение почти всегда сочетается с выраженными аффективными расстройствами и снижением психической активности. При этом степень и темп деградации личности обычно опережают интеллектуальное снижение. С течением времени круг интересов все больше суживается, стимулы деятельности угасают. Сохраняется лишь стремление к удовлетворению элементарных потребностей, но иногда и оно ослабевает и остается только апатическое состояние.

Та инерция автоматизированных форм поведения и деятельности, которая у взрослых больных с деменцией, заменяя в известной мере целенаправленную деятельность, маскирует психическую деградацию, у детей и подростков еще не выработана и не закреплена. Поэтому несформировавшаяся личность распадается быстрее. Приведем клинический пример.

Сережа, 15 лет. Развивался нормально. Рос здоровым, общительным, послушным. В возрасте 7 лет перенес грипп с высокой температурой и длительным бессознательным состоянием. Вскоре после выздоровления ушиб голову; около часа был без сознания. После этих заболеваний стал возбудимым, драчливым, неуживчивым. Учился удовлетворительно, но постоянно нарушал дисциплину. В возрасте 11 и 14 лет находился в детском отделении больницы имени П. А. Кащенко. Был переведен во вспомогательную школу, но через год был исключен в связи с крайней недисциплинированностью и агрессивностью. В 15 лет стационарирован в третий раз.

По физическому развитию соответствует 17–18 годам; половой метаморфоз закончен. Внутренние органы без отклонений. Реакция зрачков на свет несколько ослаблена, язык уклоняется вправо, симптом Бабинского справа. Реакция Вассермана в крови и спинномозговой жидкости отрицательная, спинномозговая жидкость не изменена.

Психический статус: вял, апатичен, бездеятелен. По собственной инициативе в разговор не вступает, со сверстниками не общается, не читает, интереса ни к чему не проявляет. Желания ограничиваются едой и примитивными бытовыми удобствами. О родных не вспоминает, пребыванием в больнице не тяготится, о будущем не думает. Во время беседы и учебных занятий обраща-

ет на себя внимание фонетически и структурно правильная речь, удовлетворительная техника чтения и письма. При исследовании интеллекта наряду с преобладанием элементарных конкретных суждений неожиданно правильно обобщает, оценивает сходство и различие по существенному признаку. Однако несмотря на повторные объяснения и регулярные занятия, новых знаний не усваивает. Был поставлен диагноз органической деменции.

В данном наблюдении заслуживает внимания характерная динамика резидуального состояния: сначала психопатоподобное поведение с психомоторной расторможенностью, возбудимостью, гневливостью, агрессивностью, позже постепенное снижение двигательного беспокойства и аффективности, оскудение интеллекта, а в дальнейшем явная деменция и выраженный апатический синдром.

Совершенно иная клиническая картина второго варианта деменции, который чаще наблюдается у детей, перенесших мозговое заболевание в дошкольном или еще более раннем возрасте. Центральное место в ней занимает резко выраженное психомоторное возбуждение. Сначала такие больные могут показаться возбудимыми, аффективно лабильными, но в действительности их эмоциональная жизнь очень скудна, они ни к кому не привязаны, не тоскуют по родным, безразлично относятся к окружающим, похвала и порицание не производят на них никакого впечатления. Элементарные же влечения повышены; наблюдаются прожорливость, сексуальность. Часто отмечается слабость инстинкта самосохранения — отсутствие страха перед чужими людьми, незнакомым местом, опасной для жизни ситуацией. Обращает на себя внимание крайняя нечистоплотность и неряшливость таких больных: нежелание умываться, опрятно есть, пользоваться уборной и т. п.

Интеллектуальная деятельность нарушена во всех элементах: восприятия расплывчаты, неопределенны и неточны; суждения поверхностны и случайны, в их построении ведущая роль принадлежит несущественным, побочным ассоциациям; беспорядочная, нецеленаправленная деятельность интеллекта исключает возможность абстрактного мышления. Грубо расстроено внимание. Особенно ярко внутренняя дезорганизованность проявляется в играх, которые большей частью зак-

лючаются в бесцельной беготне, валянии по полу, бросании и разрушении вещей. Больные не могут участвовать в общих играх, так как не усваивают правил, не подчиняются регламенту.

Леша, 14 лет, во время игры на бильярде не отдает никому кий, не целясь бьет все шары подряд. Не понимает не только основного содержания игры, но и задачи попадания шара в лузу. Остается только пустое движение — толкание любых шаров в любом направлении.

Все поведение этих больных складывается из отдельных поступков, не объединенных общей целью, лишенных последовательности и внутренней связи, и неадекватных ситуаций. Нет учета и понимания последствий своих действий. Жизненный опыт не приобретается. Критическое отношение к своему состоянию и поведению отсутствует. Приведем клинический пример.

Лена, 12 лет. Развивалась нормально. В возрасте 4 лет перенесла ряд инфекционных заболеваний — корь, скарлатину, грипп, протекавших тяжело, с нарушением сознания и судорогами. После этого стала возбудимой. Дралась, кусалась. С 6 лет начала убегать из дома. Бродяжничала, попрошайничала, рассказывала вымыслы: она сирота, ее выгнали из дома и т. п. Ночевала одна в поле и лесу, входила в дома к незнакомым людям. С возрастом нарастали расторможенность, назойливость, агрессивность. Из школы ее исключили, так как во время уроков бежала по классу, кричала, била и кусала детей.

В 9-летнем возрасте лечилась в психиатрической клинике. С 10 лет стала сексуальной, открыто занималась онанизмом, цинично бранилась, в возрасте 12 лет была помещена в психиатрическую больницу вторично.

Физическое развитие соответствует 9-летнему возрасту. Телосложение правильное. Внутренние органы без отклонений. Правая глазная щель шире левой, зрачки одинаковые, их реакция на свет и конвергенцию достаточна, при конвергенции отстает правый глаз. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Охотно вступает в беседу. О себе рассказывает непоследовательно, сбивчиво, часто противоречиво. При указании, не смущаясь, легко придумывает новую версию. Двигательно беспокой-

на: вскакивает со стула и снова садится, хватает со стола предметы, вертит их в руках, сосет палец, грызет ногти, щурит глаза, морщится, гримасничает.

В палате ничем заняться не хочет, не читает, не играет в настольные игры. Почти все время бесцельно бегает, залезает под кровати. Пристаёт ко всем с различными просьбами, ссорится, цинично бранится. Заводит разговоры на сексуальные темы, прижимается к больным, целует их и одновременно кусает. Панически боится перьев, выпавших из подушки; видя их, пронзительно кричит, прячется. Временами бывают дисфории, когда часами кричит, плачет.

О родных не скучает, ни к кому из окружающих не привязана.

Психологическое исследование выявляет очень слабое активное внимание, невозможность сосредоточиться на короткое время. Поэтому проверить способность запоминания и ретенции не удастся. На вопросы отвечает не думая, наугад. Отвлекается то внешними впечатлениями, то побочными ассоциациями, то немотивированными вспышками. Критическое отношение к своему состоянию и поведению отсутствует. Планов на будущее не строит, живет только событиями сегодняшнего дня. Диагноз: деменция после органического поражения центральной нервной системы.

Через 7 лет обследована повторно. Двигательная расторможенность сменилась апатико-абулическим синдромом. Больная ничем не интересуется, совершенно бездеятельна. С окружающими не контактирует. Ни к какой работе не приспособилась, живет на иждивении родителей. Мышление медленное, суждения на уровне элементарных фактических связей, обобщение недоступно. Некритична.

2. Олигофрения. Для олигофрении, развивающейся обычно после ранних или внутриутробных мозговых заболеваний, характерно преобладание психического недоразвития с преимущественной недостаточностью познавательной деятельности, степень которой зависит от тяжести поражения. Можно выделить два клинических варианта такой олигофрении. При апатическом варианте довольно глубоко и равномерно снижен интеллект, отмечается слабая психическая активность. Уже с первых лет жизни ребенка родные замечают у него вялость и малоподвижность, медленные неловкие движения, трудное овладение бытовыми навыками. Такие дети поздно

начинают сидеть, стоять, ходить, у них долго держится энурез. Особенно страдает речь. Появляясь поздно, она в течение ряда лет остается фонетически и артикуляционно дефектной. Игры у этих детей малосодержательны, однообразны, сверстники не принимают их в компанию, поэтому чаще они играют одни.

Обучение их в массовой школе после двух классов большей частью невозможно. При правильном воспитании и обучении во вспомогательной школе такие дети все же могут овладеть элементами грамоты, бытовыми навыками и несложными рабочими приемами. В благоприятных условиях, если не требуется быстрого темпа и разнообразных действий, они достаточно работоспособны. Однако вялость, медлительность, внушаемость и несамостоятельность настолько мешают их приспособлению к жизненным требованиям, что они почти всегда нуждаются в помощи и опеке.

Приведем клинический пример.

Нина, 16 лет. В семье легочный туберкулез и алкоголизм. Роды в асфиксии. Вялость и сонливость отмечались уже в младенческом возрасте. Девочка поздно начала ходить и говорить, многие звуки долго произносила неотчетливо. Ночной энурез держится до сих пор. Играла бессознательно и однообразно. В школе учиться не могла, так как не понимала объяснений, ничего не усваивала. Дома тихая и послушная, ничем не занята. Мать жалеет ее и ни к какой работе не приучает.

Рост и вес больше возрастной нормы, но половое развитие не закончено, менструаций нет. Внутренние органы без отклонений. Правая глазная щель уже левой. Зрачки одинаковые, реакция на свет достаточная, имеется нарез конвергенции. Сухожильные рефлексy повышены, справа непостоянный симптом Бабинского. Дрожание век и пальцев вытянутых рук. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психическое состояние: малоподвижна; движения медленные, неуклюжие, мимика скудная. Речь невнятная, сильно заикается. Пассивно подчиняется режиму, ни с кем не контактирует. По собственному почину ничем не занимается, но если ей предложить вязать (единственное, что она умеет), может вязать часами, не жалуясь на усталость. Крайне внушаема: когда соседнюю койку заняла больная с психопатоподобным поведением, совершенно преобразилась — стала, как и та больная, негативи-

стичной, драчливой, прожорливой. После перевода в другую палату вновь вела себя, как прежде.

Интеллект резко снижен, суждения на уровне наглядно-конкретных, причинно-следственные связи недоступны, мыслительные процессы очень замедленны. Читает по складам, прочитанного не осмысливает, считает по пальцам.

При втором варианте олигофрении, вызванной ранним органическим поражением мозга, умственная отсталость сочетается с психопатоподобным поведением, проявления которого могут быть различными. В одних случаях это повышенная возбудимость, эмоциональная неустойчивость, двигательная расторможенность. Сначала родители и педагоги жалуются на трудное поведение ребенка и только позже замечают его умственную отсталость. Однако при поступлении в школу уже в первом полугодии обнаруживается первичная слабость суждений, трудность овладения элементарными логическими операциями. Несмотря на то что степень умственной отсталости у этих больных обычно меньше, чем у больных с апатическим вариантом олигофрении, обучение у первых протекает с большими трудностями, так как психопатоподобное поведение резко снижает работоспособность и возможность социальной адаптации.

Другой вариант олигофрении, осложненной психопатоподобным поведением, характеризуется наличием раздражительности, пониженного угрюмого настроения, недоброжелательности, недоверчивости, склонности к гневным вспышкам. Малая продуктивность связана не только с интеллектуальной недостаточностью, но и с крайней ограниченностью интересов, фиксированных преимущественно на удовлетворении элементарных влечений (обычно повышенных) и бытовых потребностей. И в этом случае внимание окружающих сначала привлекают трудности поведения больных и лишь позже, особенно с началом школьных занятий, выявляется умственная отсталость.

3. Психопатоподобные состояния. Они составляют самую большую группу резидуальных органических проявлений в детском возрасте. В их клинической картине в большинстве случаев главная роль принадлежит синдромам за-

держанного и нарушенного развития эмоционально-волевой сферы.

Несмотря на сравнительно мало дифференцированную психопатологическую структуру, все же можно выделить два преобладающих типа психопатоподобных состояний, в известной степени противоположных.

При первом, **«бестормозном»**, типе больше всего нарушено развитие волевой деятельности. Главным стимулом поступков является удовольствие, поэтому любое желание выполняется немедленно, без учета последствий. Высшие формы рационального поведения — оценка ситуации, планирование, борьба мотивов, выбор решения, настойчивость в достижении поставленной цели, как и организованная систематическая деятельность, почти недоступны. Эти дети общительны, легко сходятся со сверстниками, незлобивы, незлопамятны, но их переживания и привязанности поверхностны и изменчивы, легко возникающие эмоциональные реакции обычно недлительны и проходят, не оставляя следа. Обиды и наказания, так же как похвала и поощрение, скоро забываются.

В процессах мышления больше всего страдает целенаправленность. Поэтому суждения поверхностны, поспешны, недостаточно последовательны. Обращает на себя внимание неравномерность уровня логических операций: наряду с достаточным обобщением и доступностью образования понятий встречаются элементарные, примитивные, конкретно-предметные суждения. Все же высказывания таких больных, особенно если заставить их сосредоточиться, подумать, производят впечатление гораздо более полноценных, чем их поведение, подчиненное только желаниям данного момента.

Почти всегда оживленные и беззаботные, нередко эйфоричные, поверхностные и легкомысленные, эмоционально неустойчивые, излишне подвижные, эти больные кажутся инфантильными. Еще больше усиливает это впечатление собственная им соматическая инфантильность.

Приводим клиническое наблюдение.

Миша, 10 лет. Раннее развитие протекало нормально. Рос здоровым, послушным, спокойным. В возрасте 2 лет болел натуральной оспой в тяжелой форме с бессознательным состоянием

в течение 2 суток. После болезни полностью поправился, развивался своевременно, вел себя правильно. В возрасте 7 лет перенес тяжелый грипп с последующим преходящим парапарезом. Стал возбудимым, непоседливым, нетерпеливым. Поэтому со 2-го класса был переведен во вспомогательную школу.

По физическому развитию соответствует возрасту; телосложение правильное. Внутренние органы без изменений. Двусторонний птоз, больше справа. Зрачки узковаты, реакция на свет несколько недостаточная. Легкий установочный нистагмOID, хореоформные гинеркинезы пальцев, повышенные сухожильные рефлексы. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психический статус: легко вступает в контакт, держится развязно, неуместно и плоско шутит. Шумлив, суетлив, часто раздражается, но быстро успокаивается. Незлобив, добродушен, но постоянно нарушает режим, вступает в конфликты со сверстниками, грубит старшим. Интересы непостоянны. Охотно берется за любое дело, но ничего не доводит до конца, так как все быстро надоедает. В суждениях и поступках несамостоятелен, очень внушаем. Учебные задания выполняет небрежно, поспешно, в мастерской больше суетится, чем работает. Внимание отвлекаемо, однако при желании может на короткое время сосредоточиться. Память удовлетворительная, но воспоминания неполные и неточные.

Причинно-следственные связи явлений доступны. Интересы к занятиям нет, о будущем, профессии не задумывается.

Диагноз: психопатоподобное состояние в связи с перенесенным постгриппозным менингоэнцефалитом.

Центральное место в клинической картине психопатоподобного состояния второго типа — **эксплозивного** — занимают повышенные влечения (прожорливость, ранняя сексуальность, иногда с элементами перверзости, склонность к бродяжничеству, легко возникающие эксплозивные реакции, стойкие, отрицательно окрашенные аффекты). Настроение часто пониженное, угрюмое, временами дисфории с гневными разрядами. К окружающим эти дети относятся неприязненно, недоверчиво, обижают слабых и младших, со взрослыми держатся настороженно, часто грубят, угрожают. Даже привязавшись к кому-нибудь, остаются требовательными и деспотичными. Учение дается им нелегко в связи с ослабленной памятью и главным образом вследствие крайней ограниченности интересов, не выходящих за пределы удовлетворения элементарных инстинк-

тивных и бытовых потребностей. Мышление инертное, конкретное, обобщение и абстракция затруднены, но ориентировка в практических вопросах, жизненных ситуациях, использование имеющегося житейского опыта обычно вполне достаточны. При достижении намеченной цели эти больные стеничны, настойчивы. По внешнему облику, поведению и высказываниям они кажутся старше своего возраста. В телосложении нередко черты диспластичности: большая голова, коренастость, укороченные конечности, структурные асимметрии лица, неправильная форма черепа, широкие короткопалые кисти.

Алексей, 13 лет. По линии отца и матери много родственников, страдавших алкоголизмом. Развитие речи и двигательных навыков с задержкой; страдает ночным энурезом. В дошкольном возрасте перенес какое-то лихорадочное заболевание, сопровождавшееся судорожными припадками. После этого начал часто жаловаться на головные боли, заметно отставать в росте, стал двигательно беспокойным, упрямым, непослушным. Учился удовлетворительно, но в связи с недисциплинированностью был исключен из 2-го класса. С тех пор не учится. В семье никого не слушается. Большую часть времени проводит вне дома. Последний год употребляет алкоголь.

По росту отстает от сверстников. Диспластичен, большая голова, массивный торс. Внутренние органы без отклонений. Нерезкая асимметрия лицевой иннервации, недостаточность конвергенции. Реакция Вассермана в крови отрицательная.

Психический статус: внешне доступен, болтлив, легко вступает в беседу, держится развязно, но сведения о себе сообщает осторожно. О невыгодных для себя фактах либо умалчивает, либо старается их смягчить, приукрасить. Непоседлив, однако движения замедленны, плохо координированы. Со старшими самоуверен, груб, не терпит замечаний. Со сверстниками часто ссорится, легко возбуждается, дерется, цинично бранится. Сексуален, прижимается к младшим, старается уединиться с кем-нибудь из них в уборной, хвастается половыми связями.

Интеллект без грубых нарушений. Практически ориентирован. К занятиям же интереса нет, читать не любит. От всякой работы отказывается, время проводит в болтовне, рассказах о своих «подвигах».

Психопатоподобное состояние в данном случае по времени связано с перенесенной в дошкольном возрасте болезнью

головного мозга. Однако нельзя исключить и пренатального нарушения развития, о чем говорит выраженная диспластичность телосложения. Массивный алкоголизм в семье мог не только играть патогенетическую роль в возникновении пренатальной патологии, но и способствовать безнадзорности больного, утяжеляющей его поведение.

А. И. Захаров

КЛАССИФИКАЦИЯ НЕРВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ, ИХ ПРОЯВЛЕНИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ¹

Нервно-психические нарушения у детей, обозначаемые для краткости как нервные нарушения, или нервность, содержат разнообразный спектр своих проявлений. По степени распространенности их можно разделить следующим образом:

1. Минимальная мозговая недостаточность (дисфункция).
2. Невропатия.
3. Невротические реакции, неврозы, психосоматические заболевания.
4. Органические нарушения нервной системы.
5. Психическое недоразвитие, умственная отсталость.
6. Психопатии (патологические характеры) и патохарактерологическое развитие.
7. Психические заболевания.

¹ Печатается по изд.: *Захаров А. И.* Как предупредить отклонения в поведении ребенка: Кн. для воспитателей дет. сада и родителей. — 2-е изд., доп. — М.: Просвещение, 1993. — С. 7–19. В книге рассматриваются причины нервно-психических нарушений и психолого-педагогических методов предупреждения отклонений в поведении дошкольников. Автор подчеркивает, что использование с профилактическими целями игры, рисования, индивидуальные контакты с воспитанниками, а также беседы с их родителями помогают решать задачи укрепления здоровья детей, правильного формирования личности растущего человека.

Из этого списка невротические реакции, неврозы и психосоматические заболевания относятся к такой сфере деятельности врача, как психоневрология. Минимальная мозговая недостаточность, невропатия и органические нарушения нервной системы отойдут к невропатологии. Психическое недоразвитие, психопатии и психические заболевания находятся в компетенции психиатрии. Следовательно, по крайней мере необходимы три врача в области нервно-психических заболеваний — психоневролог, невропатолог и психиатр.

В настоящее время имеются только два последних специалиста, что делает невозможным своевременную диагностику и помощь детям со столь распространенными невротическими реакциями, неврозами и психосоматическими заболеваниями. На практике невропатологи считают, что неврозами должны заниматься психиатры, а последние отсылают больных к невропатологам, мотивируя это отсутствием психического заболевания. Частичным решением этой проблемы стало привлечение психологов для оказания помощи детям, находящимся в неблагоприятных условиях, испытывающим личностные проблемы и состояние стресса.

Сегодня очень медленно, но все же расширяется сеть медицинских психологов, более тесно соприкасающихся с вопросами неврологии и психотерапии. Заметим, что психотерапия в своей основе — метод не столько психического, сколько психологического воздействия на больного с целью устранения функциональных нервно-психических нарушений и наслоений, возникших в результате психических травм, длительных переживаний и конфликтов, т. е. состояния дистресса. Психотерапевтическое влияние может быть полезным как со стороны невропатолога, так и со стороны психиатра. Но как основной метод лечения психотерапия находит наибольшее применение в психоневрологии, позволяя успешно воздействовать на неврозы и психосоматические заболевания (функциональные расстройства внутренних органов и кожи на почве стресса). Психотерапевт — это, по существу, специалист по лечению неврозов, о которых мы поговорим позже, посвятив им большую часть книги. Пока же рассмотрим другие виды нервнострессовых состояний, с которыми часто сталкивается воспитатель по роду своей работы.

Минимальная мозговая недостаточность (сокращенно ММН) — наиболее распространенный, хотя и не самый тяжелый вид нервно-психической патологии. Причины ее разнообразны. Это тяжелое течение беременности, особенно первой половины: токсикозы, угроза выкидыша. Это вредное воздействие на организм беременной женщины химических веществ, радиации, вибрации, инфекционных болезней, а также некоторых микробов и вирусов. Это преждевременные или переношенные роды, слабость родовой деятельности и ее длительное течение, недостаток кислорода (гипоксия) из-за сдавления пуповины, обвития вокруг шеи. После родов неблагоприятное воздействие на мозг оказывают плохое питание, частые или тяжелые заболевания и инфекции, сопровождающиеся различного рода осложнениями, глистные инвазии и лямблиоз, ушибы мозга, отравления и, конечно же, экологическая обстановка в регионе. Срабатывает и генетический фактор, когда большая вероятность рождения нервно ослабленных, невыносливых и часто болеющих детей будет у родителей с аналогичными проявлениями.

Симптомы ММН: повышенная умственная утомляемость, отвлекаемость внимания, затруднения в запоминании нового материала, плохая переносимость шума, яркого света, жары и духоты, укачивание в транспорте с появлением головокружения, тошноты и рвоты. Возможны головные боли, перевозбуждение ребенка к концу дня пребывания в детском саду при наличии холерического темперамента и заторможенность при наличии флегматического темперамента. Сангвиники возбуждаются и затормаживаются почти одновременно.

ММН не является постоянным видом нервно-психической патологии: существуют значительные колебания в связи с ухудшением или улучшением соматического состояния, временем года, возрастом, сочетанием с другими видами нервно-психической патологии. 42 % родителей детей 4 лет положительно отвечают на вопрос: быстро ли устает, отвлекается, становится вялым или раздражительным при занятии ваш ребенок? В максимальной мере признаки ММН проявляются в начальных классах школы.

В литературе вместо ММН можно встретить аббревиатуру ММД — минимальная мозговая дисфункция. Нам пред-

ставляется практически более удобным обозначать ММД следующий комплекс нарушенного поведения: повышенную возбудимость, непоседливость, разбросанность, расторможенность влечений, отсутствие сдерживающих начал, чувства вины и переживаний, а также доступной возрасту критичности. Нередко эти дети, что называется, «без тормозов», ни секунды не могут посидеть на месте, вскакивают, бегут, «не разбирая дороги», постоянно отвлекаются, мешают другим. Они легко переключаются с одного занятия на другое, не доводя начатое дело до конца. Утомление наступает гораздо позже, и оно менее выражено, чем у детей с ММН. Легко даются и тут же забываются обещания, характерны шутливость, беспечность, озорство, невысокое интеллектуальное развитие. Ослабленный инстинкт самосохранения выражается в частых падениях, травмах, ушибах ребенка.

Далеко не обязательно дети с ММД имеют холерический темперамент, как это может показаться на первый взгляд. Скорее их непоседливость, отвлекаемость и есть проявления ММН — общей ослабленности мозга. Вместе с тем это и недостаток самоконтроля, сдерживающих начал вследствие врожденной, генетически обусловленной неразвитости лобных отделов мозга, ответственных за функции контроля, волевого сосредоточения и критики. Непосредственно органически церебральной (мозговой) подоплекой ММД в подавляющем числе случаев будет хронический алкоголизм родителей, оказывающий повреждающее воздействие на эмбриональную (начальную) стадию внутриутробного развития. Вместе генетические и церебрально-органические изменения мозга и создают описанные выше особенности характера и поведения этих детей.

Невропатия — другой распространенный вид нервности детей, определяемый как болезненно повышенная нервная чувствительность. Она может быть врожденного плана, поскольку у нервно-соматически ослабленных родителей вероятность появления детей с подобными нарушениями высока. Это конституционально-генетический фактор в происхождении невропатии. Наследоваться могут: аффективная неустойчивость и чуткий или чрезвычайно глубокий сон; склонность

к головным болям; колебаниям артериального давления, аллергии и спазмам желудочно-кишечного тракта на нервной почве; повышенная чувствительность к действию метеофакторов и многое другое, объединяемое нервно-вегетативной регуляцией внутренней среды организма.

Другим фактором невропатии будут различные отклонения в течении беременности, преимущественно во второй ее половине, в виде нефропатии — позднего токсикоза беременности (повышенное артериальное давление, отеки, белок в моче). Наряду с конституционально-генетическим фактором большое значение в происхождении невропатии имеет фактор острого или хронического стресса при беременности. Стресс вызывается рядом неблагоприятных жизненных обстоятельств: трудности с учебой в институте, отсутствие нормальных жилищных условий, конфликты с родственниками, неуверенность в прочности брака, нежелательная беременность, страх перед родами и т. д.

Стресс, обусловленный отрицательными переживаниями, — дистресс — приводит к гормональным изменениям в организме матери. Выбрасываемый при этом гормон беспокойства и страха — адреналин через общую кровеносную сеть с плодом легко попадает в его развивающийся мозг, и в частности в так называемую диэнцефальную область, где находятся нервные (вегетативные) центры управления работой внутренних органов и кожи. Соответствующим образом начинает беспокоиться и плод или же он затихает на некоторое время, инстинктивно успокаивая себя сосанием большого пальца руки (это отчетливо видно на снимках начиная с 4,5–6 месяцев внутриутробного периода). После рождения такой ребенок вздрагивает от малейшего шума, беспокойно спит, часто срыгивает, его мучают метеоризм (пучит животик) и боли в кишечнике из-за периодически возникающих нервных спазмов (колики в 3–5 месяцев). К году проявления невропатии становятся более заметными, к 2–3 годам достигают своего максимума, затем при благоприятном стечении обстоятельств постепенно уменьшаются и сходят на нет к 10 годам. Именно с 10 лет нервная система ребенка начинает функционировать на качественно новом уровне своего развития, нервные клет-

ки при этом покрываются миелиновой защитной оболочкой, устанавливается приближенный к взрослому биоритм сна.

Наиболее устойчивые, выраженные проявления невропатии выглядят следующим образом:

1. Эмоциональная неустойчивость — лабильность, в том числе легкость возникновения аффектов, плача, беспокойства, расстройств настроения.

2. Вегето-сосудистая дистония в виде колебаний артериального давления преимущественно в сторону его понижения (гипотония), головокружений, повышенной потливости, ознобов, сердцебиений и неустойчивости пульса, плохого самочувствия при колебаниях барометрического давления (метеопатия). Вегетативная неустойчивость выражается легкостью возникновения спазмов лица (покраснение или побледнение), головы (головные боли), дыхательных путей (ложный круп у детей первых лет жизни, астма в последующие годы), пищевода («комочек в горле», «каша во рту»), желудка и кишечника (срыгивание у грудных детей, тошнота и рвота, боли в животе в области пупка, расстройство стула на нервной почве), желчевыводящих путей (дискинезия).

Сочетание эмоциональной лабильности и вегетососудистой дистонии порождает легкость возникновения эмоционального стресса и вегетативных расстройств со стороны внутренних органов или систем, ослабленных подобно местам «наименьшего сопротивления организма» неблагоприятным воздействиям конституциональных (врожденных) и приобретенных факторов.

3. Нарушения сна: затрудненное засыпание, чуткий с пробуждениями или чрезмерно глубокий сон с непроизвольным мочеиспусканием, плохое самочувствие утром, ранний (до 4 лет) отказ спать днем.

4. Нарушения обмена веществ преимущественно в виде диатезов: экссудативно-катарального (опрелость, мокнущая кожа, зуд с последующим развитием под влиянием стресса, нейродермита), лимфатико-пластического (одутловатость, пастозность, аденоиды в дошкольном и ангины в младшем школьном возрасте), нервно-артритического (повышенная чувстви-

тельность костей и суставов к охлаждению, сырости, полиартрит — воспаление суставов и ревматизм в подростковом возрасте).

Отдельно и в связи с диатезами следует сказать об аллергии — болезненно заостренной реакции организма на запахи, лекарства, пыль и некоторые пищевые вещества в виде раздражения слизистых (кашель), кожи (зуд, крапивница), отеков лица.

Детям с невропатией присущи недостаточная ферментативная активность в первые годы жизни, плохой аппетит, сниженная масса тела. Заставить их есть всегда проблема для родителей, нередко перерастающая в конфликт. Насильное же кормление сопровождается нарастающим отвращением к пище, а то и рвотами и чревато ввиду низкого количества выделяемого желудочно-кишечного сока развитием желудочно-кишечных расстройств типа гастрита.

5. Минимальная мозговая ослабленность — ММО. Напоминает ММН с большим акцентом на утомляемости нервных клеток при шуме и длительном психическом напряжении. Через 2–3 часа пребывания в однообразной атмосфере группы ребенок становится все менее сосредоточенным, все более вялым и раздражительным одновременно. Ему необходимо побыть одному, поиграть, отдохнуть, отвлечься, переключиться на привычный ритм жизнедеятельности. По возвращении домой из детского сада требуется не менее 1–2 часов для снятия нервно-психического напряжения и восстановления естественного состояния. Поэтому вечерние часы не самое подходящее время для бесед с ребенком о его поведении.

6. Соматическая ослабленность организма, обусловленная общим снижением его реактивности, защитных иммунных сил и отмеченной выше вегетативной дисфункцией в управлении внутренними органами. Выражается частыми заболеваниями, прежде всего со стороны верхних дыхательных путей, их хроническим течением. Имеется отчетливая связь с действием нервных, стрессовых факторов, подтверждаемая заболеванием вскоре после посещения яслей и детского сада.

7. Психомоторные нарушения в виде нервных тиков, заикания, ночного и дневного недержания мочи, энкопреза (недержания кала). Психомоторные нарушения невропатиче-

ской природы большей частью не осознаются, не замечаются ребенком. Они зависят от времени года, утомления, нервного напряжения (стресса).

Не нужно думать, что эмоциональная лабильность, вегетососудистая неустойчивость, нарушения сна, обмена веществ, ММО, соматическая ослабленность и психомоторные нарушения встречаются только при невропатии. Они могут существовать как отдельно, так и быть проявлениями других нервно-психических заболеваний. О невропатии как общей нервной ослабленности организма можно говорить при наличии по крайней мере трех из перечисленных выше признаков. Чем их больше, тем более выражена невропатия.

К распространенному виду нервности относятся и **неврозы**, нередко протекающие на фоне невропатии и тех или иных неполадок в соматической и физической сфере организма. Главное, что отличает неврозы от других видов нервности, — это определяющая роль в их происхождении психогенных факторов — психических травм, переживаний и напряжений, с которыми не может справиться ребенок и которые подобно дистрессу приводят к болезненному расстройству нейрорегуляторных и адаптационных функций организма. Психогенный, психологически мотивированный характер происхождения неврозов подразумевает их функциональность и обратимость при условии оказания своевременной квалифицированной помощи со стороны воспитателя, психолога и врача.

Помимо неврозов как заболеваний различают **невротические реакции** — относительно кратковременные аффективные переживания в ответ на действие психотравмирующих факторов. К невротическим реакциям относятся: повышенная возбудимость, капризность или заторможенность в первое время посещения дошкольного учреждения; страхи, ухудшающие временно настроение и сон; состояние подавленности (депрессии) при расставании; заостренные переживания в связи с наличием заболевания или физического дефекта и т. д.

Невротические реакции требуют скорее не лечения, а правильного педагогического и психологического подхода со стороны взрослых. Важно понять источники переживаний детей, что невозможно без способности родителей к анализу и самокритике. При наличии эмоционального контакта с детьми

и авторитета родителей, взаимопонимания в семье невротические реакции купируются (проходят) достаточно быстро. Если же они повторяются и имеют тенденцию с возрастом не уменьшаться, а увеличиваться по своей интенсивности, то не исключено состояние хронического эмоционального стресса, легко перерастающее в невротическое состояние (когда невротические реакции сливаются друг с другом) и невроз как нервно-психическое заболевание, подразумевающее определенное своеобразие формирующейся личности. В этом случае уже требуется профессиональная психологическая и психотерапевтическая помощь.

Если объединить невротические реакции и неврозы в одну группу, то в статистическом отношении она будет встречаться не реже, чем невропатия, и практически наравне с ММН. О сочетании невротических реакций и неврозов с акцентом на последние можно говорить при наличии следующих проявлений: повышенная возбудимость, нервность; капризность; неустойчивое, легко меняющееся настроение; заостренная эмоциональная чувствительность и впечатлительность; ранимость, склонность легко расстраиваться, много волноваться; плаксивость; неспособность защитить себя; боязливость, пугливость, неуверенность в себе.

Если брать только такую характеристику, как «эмоционально чувствительный и впечатлительный, ранимый, легко расстраивается», то она говорит не о неврозе и невротической реакции, а о сензитивности — эмоционально заостренной чувствительности. По оценке родителей, сензитивность присуща больше всего девочкам 4 и мальчикам 5 лет. Это подтверждают и воспитатели. Они же отмечают увеличение у мальчиков 5 лет помимо сензитивности лабильности настроения, робости, нерешительности и боязливости. Это уже можно расценить как невротические отклонения в поведении тормозимого круга. В менее выраженном виде они будут иметь место у девочек 6 лет. Именно в старшем дошкольном возрасте (по данным интервью с детьми) встречается наибольшее количество страхов, отражающих возросшее понимание опасности и осознание конечности жизненного пути — смерти. Недаром в этом возрасте типичен невроз страха, в то время как у млад-

ших дошкольников чаще встречается истерический невроз и в 3 года — неврастения в ответ на неразрешенные проблемы адаптации в детском саду.

Мы видим, по оценке родителей и воспитателей, большую вероятность появления невротических отклонений в поведении у мальчиков 3 и 5 лет, у девочек 4 и 6 лет. Эти возрасты будут по-своему чувствительны к появлению невротических расстройств, что уже и само по себе требует оказания своевременной психологической помощи, предотвращающей развитие невроза как заболевания и невротическое формирование личности.

Перейдем к рассмотрению **органических нарушений нервной системы**, имеющих опять же наследственный и приобретенный характер. Наибольший интерес для нас будет представлять резидуальная церебральная органическая недостаточность (остаточная мозговая органическая недостаточность). Появление органических нарушений чаще всего связано с тяжелой патологией родов, нарушающей поступление кислорода в мозг новорожденного (состояние асфиксии — удушье, отсутствие крика) или вызывающей механическое повреждение и кровоизлияние в мозг (кефалогематома). В ряде случаев органические изменения являются следствием тяжелых вирусных поражений плода, начавшегося, но остановленного выкидыша или сильного ушиба с частичным отделением при этом плаценты (плодное место, через которое проходят сосуды, снабжающие мозг плода кислородом и питательными веществами). Повреждающее действие оказывает и резус-конфликт при появлении антител вместе с патологической (в отличие от физиологической) желтушностью и отсутствием своевременной медицинской помощи. Следует упомянуть о сепсисе (микробное заражение крови) и воспалении легких (пневмония) в период новорожденности с осложнениями на мозг. Одной из частых причин органических нарушений мозга является выраженная недоношенность ребенка вследствие преждевременных родов или реже перекошенность из-за их задержки.

Все эти дети раньше, как правило, не выживали; сейчас же случаи смертности при родах стали значительно более редким, но, к сожалению, еще не исключенным явлением. Соот-

ветственно увеличилось число детей, причина нервности которых — отдаленный результат патологии родов и периода новорожденности.

К органическим нарушениям мозга могут привести и более поздние повреждающие факторы, главным образом до 2 лет, когда мозг особенно раним и незрел. Среди них на первом месте — механические повреждения мозга при сотрясении и ушибе, на втором — воспалительные явления типа менингита.

По мере своего развития организм в той или иной степени компенсирует наследованные и особенно приобретенные нарушения центральной нервной системы, но, пока это не произошло полностью, мы можем квалифицировать их как остаточные явления, как резидуальную церебральную недостаточность. Внешне это достаточно часто проявляется так называемым психопатоподобным поведением, т. е. напоминающим психопатию, но не являющимся таковым в своей сущности. Повышенная возбудимость, гнев, ярость, агрессия легко возникают по любому поводу или без него на фоне плохого настроения, раздражительности и злости.

У детей с выраженными органическими нарушениями мозга обычно отсутствуют сдерживающие начала, чувство вины и переживания случившегося. Они бесцеремонны и расторможены, у них рано пробуждается и приобретает патологические формы сексуальное влечение. При общении со сверстниками им свойственны постоянная конфликтность и драчливость, заметно выраженные к концу дня пребывания в группе. Лучшее, что можно сделать для этих детей, — забирать их как можно раньше из детского сада или не водить в него вообще. В группе им нужно предоставить дополнительную возможность для снятия патологически накапливающегося нервного напряжения. Например, разрешить поиграть самостоятельно в спортивном зале. Не следует забывать о возможности и даже необходимости оказывать этим детям медицинскую помощь, включая назначение общеукрепляющих, успокаивающих и уменьшающих внутричерепное давление средств.

В другом варианте органические нарушения мозга проявляются быстрой утомляемостью и истощаемостью на заняти-

ях, заторможенностью чувств и влечений, общей пассивностью и вялостью, что обозначается как церебрастенический синдром. Подобные изменения поведения напоминают ММН, но они значительно более выражены, особенно в плане истощаемости, заторможенности и вялости, возникающих даже без каких-либо ощутимых нервно-психических нагрузок. Иногда утомляемость бывает настолько выражена, что этим детям просто противопоказано нахождение длительное время среди большого количества сверстников. Главное, о чем должны помнить взрослые: дети с органическими нарушениями мозга нуждаются в психологической помощи. Нельзя считать их вредными, упрямыми, ленивыми и вести борьбу с этими негативными качествами, так как тем самым можно нанести большой вред здоровью детей.

Несколько слов нужно сказать и о **психопатиях** — патологических характерах, проявляемых устойчивыми отклонениями в поведении. В отличие от органических нарушений нервной системы возникновение психопатий детерминировано не внешними (экзогенными) факторами, а внутренними (эндогенными) или генетическими психическими неполадками. Другими словами, это влияние аномального склада характеров у родителей или прародителей. Патологическая наследственность нередко дает о себе знать у приемных детей, поведение которых начинает отклоняться уже в первые годы жизни, несмотря на самое хорошее отношение к ним в семье. Тем более способствуют усилению или проявлению генетических отклонений в поведении у детей неправильное воспитание или отсутствие его как такового. Это случаи, когда дети брошены на произвол судьбы родителями, ведущими аморальный и нередко асоциальный образ жизни, когда ребенок является лишним, отвергнутым, когда он забит в буквальном смысле слова и видит постоянные примеры жестокости, конфликтов и фальши со стороны взрослых. Причем последние не замечают или реагируют неадекватно на свои отклонения в общении с детьми. Естественно, что такие родители не обращаются за психологической и тем более психотерапевтической помощью, а если ребенок находится под наблюдением невропатолога или психиатра, не только не выполняют предписания

врача, но и всячески сопротивляются им. Патология порождает патологию, подобно тому как родители, страдающие алкоголизмом, чем больше изменены характерологически и лишены чувства ответственности за здоровье и воспитание детей, тем больше имеют отклонений в отношениях с ними. Различные аномалии воспитания способны и сами по себе привести к существенным нарушениям в формировании характера ребенка, обозначаемым как патохарактерологическое развитие. Фактически оно является откликом на патологически измененное поведение родителей, продиктованное их неадекватными установками на воспитание, а также психопатическими особенностями характера и личности. В этом ряду будут: авторитарное, подавляющее волю ребенка воспитание; чрезмерная принципиальность; попустительство любым прихотям и капризам ребенка; непоследовательность, импульсивность и жестокость; отсутствие ухода и заботы. Патологическое воздействие оказывают и постоянные конфликты между родителями, их грубость и агрессивность, так как ребенок непроизвольно усваивает такой стиль общения.

Психопатия как патологический склад характера в полной мере заявляет о себе в подростковом и юношеском возрасте. Но уже в первые годы жизни дети с психопатическими чертами обращают на себя внимание расторможенностью или реже тормозимостью вместе с конфликтностью, недружелюбием и агрессивностью, а также устойчивостью патологических проявлений, не критичностью в их восприятии, трудностью психолого-педагогической коррекции и психотерапии.

Оказать помощь этим детям все же можно в первую очередь именно в дошкольном возрасте, но только в комплексе продуманных социальных, психолого-педагогических и медицинских мероприятий.

На практике иной раз нелегко разделить и четко, однозначно дифференцировать рассмотренные виды нервности и отклонений в поведении. Но уже само по себе понимание воспитателями болезненного, неестественного характера их происхождения позволяет по возможности как можно раньше использовать весь доступный арсенал психологических и воспитательных мероприятий.

Таблица 1

Различия между невропатией и психопатией

№ п/п	Сфера отграничения	Неврозы	Психопатия
1	Роль неблагоприятной наследственности	Относительно небольшая	Предопределяющая
2	Время проявления нервноности	Непосредственно после рождения	На втором году жизни и особенно в подростковом возрасте
3	Ведущая область поражения	Нервно-вегетативная и соматическая сфера организма	Психическая сфера
4	Стойкость проявлений	Неустойчивость и обратимость с возрастом	Устойчивость и относительная необратимость
5	Изменение с возрастом	Уменьшается	Увеличивается
6	Склонность к беспокойству и чувству вины	Выражена	Отсутствует
7	Агрессивность	Нехарактерна	Одно из главных проявлений

Некоторые критерии отграничения невропатии и психопатии, неврозов и психопатий приведены в табл. 1, 2.

Если попытаться определить процент нервных детей дошкольного возраста, включающий в себя все рассмотренные виды нервноности, то наиболее подходящим для этой цели будет утвердительный ответ родителей на вопрос: имеются ли нервные нарушения у ребенка, по поводу которых вы обращались или хотели бы обратиться к невропатологу? У мальчиков этот процент будет равен 34, у девочек — 26,5 (данные анализа 1267 анкет родителей детей 3–7 лет). Проблемы с нервной системой или то или иное неблагополучие в нервно-психичес-

Таблица 2

Основные различия неврозов и психопатий

№ п/п	Сфера отграничения	Неврозы	Психопатия
1	Наследственность	Незначима	Предопределяющая
2	Патологические изменения характера	Парциальные (отдельные черты) или отсутствуют	Тотальные (патологический склад характера в целом)
3	Расторможенность	Отсутствует	Выражена
4	Конфликтность в сочетании с агрессивностью и жестокостью	Отсутствует	Выражена
5	Чувство вины, стыда, сочувствие, переживание случившегося	Выражены	Отсутствуют
6	Устойчивость проявлений	Обратимость в результате благоприятного изменения обстоятельств или лечения	Относительная необратимость и устойчивость
7	Отношение к оказанию помощи и лечению	Положительное, поиск помощи	Отрицательное, отказ и негативизм

кой сфере свойственны, таким образом, в большей степени мальчикам (каждый третий), чем девочкам (каждая четвертая).

Нервность мальчиков более выражена в неполной семье. У них чаще проявляются или агрессивность в общении со сверстниками, или несамостоятельность, зависимость, инфантилизм, страхи. Как у мальчиков, так и у девочек из неполной семьи чаще проявляются повышенная возбудимость и неустойчивость настроения, конфликтность, упрямство и нега-

тивизм. К тому же они испытывают большие проблемы в адаптации и общении со сверстниками. Во всех случаях дети из неполной семьи требуют особого внимания со стороны воспитателя, так как при неудачах в общении легко становятся еще более нервными и негативными к помощи извне.

Е. М. Мастюкова

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ УЧАЩИХСЯ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ¹

Для выявления отклонений в развитии личности ребенка с церебральным параличом необходим комплексный клинико-психолого-педагогический анализ ее особенностей. При этом необходимо не только обратить внимание на ярко выраженные признаки поведения ребенка, нарушающие процесс его адаптации к школе, но и учесть более тонкие особенности проявления его характера, темперамента, влечений, мышления, направленность его интересов, особенности деятельности и общения с окружающими. Необходимо тщательно проанализировать данные анамнеза, условия быта и воспитания ребенка в семье. Педагогу особенно важно отметить не только отрицательные черты, но прежде всего положительные особенности данной личности, на которые необходимо будет опереться в процессе проведения лечебно-педагогических мероприятий.

¹ Печатается по изд.: Особенности психофизического развития учащихся специальных школ для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Под ред. Т. А. Власовой; Науч.-исслед. ин-т дефектологии Акад. пед. наук России. — М.: Педагогика, 1985. — С. 70–89. В монографии обобщены результаты клинического и психологического изучения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В ней раскрывается сложный патогенез данного заболевания, характеризуются речевые расстройства с учетом двигательного дефекта, дается описание особенностей познавательной и эмоционально-волевой сфер.

Среди видов аномального развития детей с церебральным параличом чаще всего встречаются дети с задержками развития по типу психического инфантилизма.

В основе психического инфантилизма лежит дисгармония созревания интеллектуальной и эмоционально-волевой сферы при незрелости последней. Психическое развитие при инфантилизме характеризуется неравномерностью созревания отдельных психических функций. Психический инфантилизм в отечественной литературе освещается как особый вид нарушения развития, в основе которого лежит незрелость поздно формирующихся мозговых систем (Т. А. Власова, М. С. Певзнер, 1973).

Выделяют простой (неосложненный) психический инфантилизм (В. В. Ковалев, 1973), к нему относят также гармоничский инфантилизм (Г. Е. Сухарева, 1959). При этой форме психическая незрелость проявляется во всех сферах деятельности ребенка, однако преимущественно в эмоционально-волевой (М. С. Певзнер, 1982).

Наряду с неосложненной формой психического инфантилизма выделяют осложненные формы. Описано несколько вариантов проявления осложненного инфантилизма (М. С. Певзнер, 1974, 1982; В. В. Ковалев, 1973). Однако, как отмечает М. С. Певзнер, «при всех формах инфантилизма недоразвитие личности является ведущим и определяющим симптомом» (1982). Основным признаком психического инфантилизма считается недоразвитие высших форм волевой деятельности. В своих поступках дети руководствуются в основном эмоцией удовольствия, желанием настоящей минуты. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. В интеллектуальной деятельности также выражено преобладание эмоций удовольствия, собственно интеллектуальные интересы развиты слабо: для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности. Все эти особенности, по данным В. В. Ковалева (1973), составляют в совокупности феномен «школьной незрелости», выявляющийся на первом этапе школьного обучения.

Данные о развитии лобной коры и ее роли в организации сложных форм поведения и деятельности человека и особен-

ности клинической картины при психическом инфантилизме дали основание М. С. Певзнер утверждать, что в основе психического инфантилизма лежит недоразвитие лобных и диэнцефально-лобных систем коры больших полушарий головного мозга.

Поражение незрелого головного мозга при детском церебральном параличе приводит к тому, что корковые мозговые структуры, особенно поздно формирующиеся лобные отделы, созревают неравномерно и в замедленном темпе, что и служит причиной изменений личности по типу психического инфантилизма. Однако специфическим условием развития этого типа отклонений личности является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, связанных с двигательной и речевой недостаточностью.

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально-волевой сферы, сохраняется нередко и в старшем школьном возрасте и препятствует их школьной, трудовой и социальной адаптации. Эта незрелость имеет дисгармоничный характер. Отмечаются случаи сочетания незрелости психики с чертами эгоцентризма, иногда со склонностью к резонерству; у отдельных детей эмоционально-волевая незрелость сочетается с ранними проявлениями сексуальности. Признаки незрелости эмоционально-волевой сферы у детей старшего школьного возраста, проявляющиеся в поведении, повышенном интересе к игровой деятельности, слабости волевого усилия, в целенаправленной интеллектуальной деятельности, повышенной внушаемости, имеют, однако, иную окраску, нежели у детей более раннего возраста. Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость, наблюдаются бедность и однообразие игровой деятельности, легкая истощаемость, инертность. Отсутствует детская живость и непосредственность в проявлении эмоций.

Особенностью психического инфантилизма у наблюдаемых нами школьников с церебральным параличом было то, что он носил осложненный характер. Выделено три варианта осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом. Первый невропатический вари-

ант осложненного инфантилизма представляет собой сочетание психического инфантилизма с проявлениями невропатии (В. В. Ковалев, 1973).

Для невропатии, или врожденной детской нервности, характерна повышенная возбудимость и значительная неустойчивость вегетативных функций нервной системы. Дети с невропатией отличаются повышенной чувствительностью к различным раздражителям, эмоциональной возбудимостью, истощаемостью, часто заторможенностью в поведении, проявляющейся в виде пугливости, страха перед всем новым.

При невропатическом варианте психического инфантилизма дети с церебральным параличом отличаются сочетанием несамостоятельности, повышенной внушаемости с тормозимостью, пугливостью, неуверенностью в своих силах. Они обычно бывают чрезмерно привязаны к матери, с трудом адаптируются к новым условиям, долго привыкают к школе. В школе у многих из них наблюдаются случаи проявления повышенной робости, застенчивости, трусливости, отсутствие инициативы, низкий уровень мотивации, иногда при повышенной самооценке. Все эти особенности личности могут быть причиной нарушений адаптации к школе, вообще к социальному окружению в целом. У детей нередко возникают ситуационные конфликтные переживания в связи с неудовлетворением их стремления к лидерству, эгоцентризмом и неуверенностью в своих силах, повышенной тормозимостью и пугливостью.

Не найдя признания у сверстников, некоторые из этих детей проявляют склонность к уходу в свой внутренний мир фантазий, у них развивается чувство одиночества. Все это приводит к еще большей дисгармонии в развитии свойств личности. При длительных неблагоприятных воздействиях окружающей среды тормозные варианты поведения могут стать привычными, что будет способствовать формированию характерологических отклонений тормозного типа.

«Аффект неадекватности» при невропатическом варианте психического инфантилизма проявляется в различных формах. Одной из форм являются реакции протеста, которые представляют собой преходящие расстройства поведения, возникающие на основе аффективных переживаний (переживания обиды,

ущемленного самолюбия и т. д.). Для реакций протеста характерна определенная избирательность и направленность.

При невропатическом варианте психического инфантилизма у детей с церебральным параличом преобладают реакции пассивного протеста. Они проявляются в отказе от еды, от устного общения с определенными лицами (избирательный мутизм), в уходах из дома или из школы; иногда они проявляются в виде нарушений отдельных соматовегетативных функций: рвоты, энуреза (недержания мочи), энкопреза (недержания кала). Значительно реже как результат пассивного протеста может возникать суицидальное поведение, которое проявляется либо только в мыслях и представлениях, либо в совершении суицидальной попытки. Несмотря на то что у детей с церебральным параличом при правильном их воспитании эти формы поведения встречаются чрезвычайно редко и проявляются в основном в мыслях и представлениях, педагогам и воспитателям важно знать, что суицидальные попытки как реакции пассивного протеста возникают в основном в препубертатном и пубертатном возрасте в результате острого переживания чувства обиды, недовольства окружающими и самим собой; поводом для возникновения суицидального поведения может быть незаслуженное наказание, унижительное замечание, получение плохой оценки, неразделенное первое чувство любви и т. д. Это поведение заранее не обдумывается, возникает внезапно, импульсивно, по механизму «короткого замыкания»; оно может быть достаточно неожиданным для окружающих.

Наиболее частым проявлением пассивного протеста учащихся с церебральным параличом может быть отказ от выполнения тех или иных требований учителя или воспитателя. При неправильном воспитании в семье — отказ от выполнения требований родителей.

Формой проявления «аффекта неадекватности» у учащихся с церебральным параличом могут быть также реакции отказа. Они проявляются в пассивности ребенка, в отказе от его обычных желаний и стремлений, нередко в бездумном характере его ответов, в отсутствии стремления к контакту с окружающими. Ребенок остро переживает потерю перспективы

и как бы отказывается от притязаний. Подобные реакции у детей с церебральным параличом могут возникать на ситуацию фрустрации. Состояние фрустрации — сложное состояние, которое возникает при встрече с трудностями, неудачами. С психологической стороны это расстройство планов, крушение надежд, проявляющиеся в растерянности, беспокойстве, ощущении беспомощности. Проявлением подобного рода состояния у учащихся с церебральным параличом могут быть общая пассивность, отказ от стремлений, от общения и т. д.

Закрепление вышеописанных форм поведения, проявляющихся в виде пассивного протеста, отказа, при неправильном воспитании способствует так называемому патохарактерологическому формированию личности тормозного типа. В отечественной психиатрии под патохарактерологическим формированием личности понимается психогенно обусловленное развитие личности в связи с действием длительное время психотравмирующей ситуации и неправильным воспитанием (В. В. Ковалев, 1979 и др.). При этом отдельные отрицательные черты характера закрепляются; из них складываются определенные сочетания, присущие тому или иному варианту патохарактерологического развития. Так, при тормозном варианте возникает сочетание таких черт характера, как неуверенность в себе, тормозимость, обидчивость, склонность к страхам. У детей с церебральным параличом этому в значительной степени способствует воспитание по типу гиперопеки, которое ведет к подавлению естественной активности ребенка, его стремления к самостоятельности; в результате у ребенка постепенно начинают закрепляться ощущение зависимости от взрослых, неуверенность в себе, пассивность, робость как устойчивые свойства личности.

У некоторых детей с церебральным параличом закрепление тормозных форм поведения носило компенсаторный характер. Это наблюдалось обычно при тяжелых двигательных и речевых нарушениях у детей с сохранным интеллектом. Тормозимостью, замедленностью реакций, отсутствием активности и инициативы дети как бы старались завуалировать свои речедвигательные дефекты. Владея развернутой фразовой речью, дети, маскируя тяжелые нарушения звукопроизношения, только односложно отвечали на задаваемые им вопро-

сы, сами же их никогда не задавали, часто отказывались при этом выполнять доступные им двигательные задания. Подобные типы поведения чаще наблюдались у детей со спастической диплегией.

Второй вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом представляет собой сочетание психического инфантилизма с симптомами раздражительной слабости. Данный вид описан в литературе как цереброастенический вариант осложненного инфантилизма (В. В. Ковалев, 1973). Проявления эмоционально-волевой незрелости у этих детей сочетаются с повышенной эмоциональной возбудимостью, с нарушениями внимания, нередко и памяти, низкой работоспособностью. Поведение данных школьников отличается повышенной раздражительностью, несдержанностью; характерной для этих школьников является склонность к конфликтам с окружающими, сочетающаяся с чрезмерной психической утомляемостью, непереносимостью психического напряжения. Трудности в обучении данных детей связаны не только с недоразвитием эмоционально-волевой сферы, но и с их повышенной психической утомляемостью, быстрым истощением активного внимания. Настроение у них крайне неустойчивое, иногда проявляется с оттенком недовольства, раздражения. Эти дети требуют к себе постоянного внимания, одобрения своих действий; в противном случае возникают вспышки недовольства, гнева, которые обычно заканчиваются слезами. У них наиболее часто наблюдаются аффективно-возбуждаемые формы поведения, однако в новой для них обстановке может, напротив, проявляться повышенная тормозимость.

У детей этой группы часто отмечаются неправильные взаимоотношения с коллективом сверстников, что неблагоприятно сказывается на дальнейшем развитии их личности. Особенностью школьного возраста является возникновение новой социальной потребности найти свое место в коллективе сверстников. Если эта потребность не реализуется, могут возникнуть различные эффективные реакции, проявляемые в форме обидчивости, озлобленности, замкнутости, иногда агрессивного поведения.

Взаимоотношения детей в коллективе зависят от многих факторов, прежде всего от особенностей их характера, поведе-

ния, от прежнего опыта социального общения. В психологической литературе подчеркивается роль уровня притязаний и самооценки при формировании взаимоотношений детей в коллективе сверстников (Л. И. Божович, Л. С. Славина, 1976). Учитывая это, мы провели специальное изучение уровня притязаний и самооценки у 10 учащихся с церебральным параличом, у которых наблюдались цереброастенический вариант осложненного инфантилизма, аффективно-возбудимые формы поведения, нарушающие их взаимоотношения с коллективом сверстников.

Уровень притязания рассматривался нами как потребность индивида в удовлетворяющей его самооценке. Использовалась адаптированная к нашим условиям проведения эксперимента методика исследования уровня притязаний, описанная Ж. М. Глозман и Н. Г. Калита (1983): перед ребенком раскладывалось 12 карточек с номерами, порядок следования которых соответствовал возрастающей сложности неизвестных ребенку заданий. Использовались 4 вида карточек. I вид (12 карточек) — возрастающие по сложности двигательные задания (в ряде случаев наборы заданий составлялись индивидуально, с учетом особенностей и тяжести двигательного дефекта). II вид (12 карточек) — возрастающие по сложности речевые задания, требующие в основном четкости произношения (они также в ряде случаев подбирались индивидуально, с учетом тяжести нарушений звукопроизносительной стороны речи). III вид (12 карточек) — возрастающие по сложности математические задания. Анализировались первичный выбор карточки, последующие выборы с учетом выполненного или невыполненного задания, реакция на неуспех. IV вид задания несколько отличался от традиционного. Был использован фрагмент методики Л. С. Славиной (1966), примененный ею при исследовании взаимоотношений ребенка в коллективе, в частности при изучении уровня притязаний ребенка при выполнении им общественных обязанностей, начиная с рядового пионера или октябренька и кончая председателем совета отряда или командиром звездочки. Ребенок знакомился со всеми карточками и должен был выбрать карточку с названием общественного поручения, которое он хотел бы выполнять. В беседе выяснялось, почему именно это поручение ребенок

хотел выполнять. Полученные данные соотносились с теми, которые были зафиксированы ранее при выполнении ребенком реальных общественных поручений.

Самооценка исследовалась по тем же параметрам, что и описанная выше оценка уровня притязаний: оценка тяжести двигательных, речевых нарушений, затруднений при решении задач и примеров, выполнение общественной работы. Сопоставлялись полученные данные при изучении уровня притязаний учащихся и их самооценки.

Анализ данных позволил выделить две группы детей. Первая группа (6 человек) характеризовалась адекватной, обычно невысокой самооценкой, низким уровнем притязаний. Эти дети удовлетворялись положением среднего ученика. Случаи аффективного поведения возникали у них вначале эпизодически в связи с повышением предъявляемых к ним требований и невозможностью приспособиться к этим новым требованиям. Часто подобные случаи возникали при усугублении цереб्रोастенического состояния после перенесенных длительных соматических заболеваний или при увеличении школьной нагрузки. У некоторых детей подобные случаи в поведении эпизодически наблюдались в подготовительном классе. В семье и в специальном детском саду к детям с церебральным параличом предъявляются другие требования, чем в школе. В школе уровень этих требований намного возрастает, цереб्रोастеническое состояние детей углубляется, и теперь они уже не могут приспособиться к новым условиям. Порицания учителя, воспитателя, выносимые в отношении медлительности, недостаточной сформированности навыков по самообслуживанию, «грязного» письма и т. д., травмируют детей, вызывают у них отрицательное отношение к школе. Возникает конфликт между ставшей привычной самооценкой ребенка и оценкой его окружающими. В результате дети становятся упрямыми, раздражительными, плаксивыми, иногда агрессивными. Аффективное поведение связано здесь с тем, что предъявляемые требования окружающих начинают превышать возможности детей. Все это вместе взятое порождает атмосферу постоянного недовольства педагога и воспитателя ребенком, приводит к возникновению у последнего чувства неполноценности.

Нередко подобные формы поведения возникают у детей в 3–4 классах, когда резко возрастает уровень требований, предъявляемых к ним, а возможности детей в силу специфики их заболевания остаются низкими. В первых классах дети справлялись со школьной программой и у них сложились определенная самооценка и уровень притязаний. По мере усложнения программы начинает выявляться несостоятельность ребенка, однако он никак не хочет и не может изменить свою самооценку, снизить уровень своих притязаний. Если дома его самооценка и уровень притязаний поддерживаются, то у него возникает мнение, что в школе к нему несправедливо относятся, что и без того усиливает его аффективное состояние. Такой ребенок обычно плохо ведет себя в школе и хорошо — дома.

Особенности формирования личности — следствие развития цереброастенического варианта осложненного инфантилизма с реакциями протеста и аффективно-возбудимыми формами поведения, которые возникают при возрастании требований, не соответствующих его психическим возможностям. В связи с этим проявления расстройства поведения ребенка усиливаются во вторую половину дня, когда цереброастенические нарушения резко возрастают.

Дома родители по-прежнему предъявляют мало требований к ребенку, чрезмерно его опекают, удовлетворяют все его желания, что поддерживает сформированную у него самооценку и уровень притязаний. Появляются и закрепляются реакции активного протеста, когда он стремится делать во что бы то ни стало «на зло» воспитателю. Возникает тенденция к закреплению неправильных форм поведения. Если подобные привычные формы поведения превращаются в черты характера, то вырастает так называемый трудный подросток, который не только становится эгоистом, упрямым, индивидуалистом, но и всячески отстаивает правомерность и нравственную ценность подобного поведения. Возникает постоянная фиксация внимания ребенка на себе, на своих переживаниях, успехах. Все это мешает таким детям устанавливать контакт с окружающими, не способствует развитию у них подлинного интереса к делам коллектива. У них формируется индивидуалистическая, а не общественная, коллективистическая направлен-

ность; постоянным мотивом их поведения становится стремление к достижению личного успеха. Понятно, что подобный тип развития личности будет в дальнейшем затруднять социальную адаптацию подростков.

Вторая группа детей (4 человека) характеризовалась повышенной самооценкой и высоким, не соответствующим их возможностям уровнем развития притязаний.

У этих детей уровень притязаний был сформирован не на основе учета их реальных успехов в какой-либо деятельности, а на основе неправильной, завышенной оценки их окружающими, чрезмерной любви родителей, снисходительного из-за болезни к ним отношения. Попадая в коллектив с более высокими объективно предъявляемыми к детям требованиями, они оказываются часто порицаемыми, что не может не вступать в противоречие с ощущением привычного благополучия. Стремясь сохранить привычную самооценку и уровень притязаний и не справляясь с предъявляемыми требованиями, дети «дают» различные варианты аффективного поведения. В нем сказывается протест на неудовлетворенную потребность в привычном отношении к ним окружающих. Этот протест проявляется в негативизме, озлобленности, конфликтах с детьми и взрослыми, в отходе от коллектива.

В повседневной жизни они стремятся во всем быть первыми, занять лидирующее положение в коллективе. Отсутствие возможностей для реализации их желаний приводит к возникновению отрицательного отношения к школе и к коллективу сверстников, к снижению эмоционального тонуса деятельности вообще. Аффективные переживания усиливают цереброваскулярные проявления, что еще более увеличивает разрыв между реальными возможностями детей и предъявляемыми к ним требованиями; в результате возникает цепь неудач, которые приводят к возникновению новых конфликтов. Ребенок становится на путь отвержения неуспеха, обвиняя при этом в неудаче не себя, а окружающих. Ребенок делается застенчивым; у него возникает постоянное стремление как-то показать себя, своего рода, защитные реакции. У мальчиков это проявление случаев агрессивного или нарочито дурашливого поведения. Девочки начинают постепенно отказываться от реше-

ния тех задач, которые так или иначе грозят им неудачей; они значительно снижают уровень своих притязаний, стремясь при этом во что бы то ни стало добиться успеха. Постепенно у них формируются и укрепляются черты неуверенности в своих силах, самооценка становится заниженной. Подобная динамика развития личности также неблагоприятно сказывается на их школьной и социальной адаптации.

Третий вариант осложненного психического инфантилизма у школьников с церебральным параличом относится к так называемому органическому инфантилизму, описанному отечественными психиатрами (Г. Е. Сухарева, 1965; С. С. Мнухин, 1968 и др.).

В основе органического инфантилизма — сочетание незрелости эмоционально-волевой сферы с нарушениями интеллектуальной деятельности, проявляющимися в виде инертности, тугоподвижности мышления, при наличии низкого уровня в развитии операции обобщения. Эти дети часто бывают двигательно расторможены, благодушны, у них грубо нарушена целенаправленная деятельность, снижен уровень критического анализа своих действий и поступков.

Повышенная внушаемость сочетается у них с проявлениями упрямства, плохой переключаемости внимания. Отмечаются у этих детей более выраженные, чем в ранее рассмотренных вариантах, случаи проявления нарушения внимания, памяти, снижения уровня работоспособности.

Проявления органического инфантилизма чаще наблюдались при атонически-астатической форме церебрального паралича, когда имеет место поражение или недоразвитие лобно-мозжечковых структур. Это связано с той ролью, которую играет лобная кора в развитии целенаправленной деятельности, мотивации, т. е. того уровня психического развития, который является необходимым для формирования так называемого ядра личности.

Эмоционально-волевые расстройства при органическом инфантилизме характеризуются большой дисгармонией. Наряду с чертами «детскости», повышенной внушаемостью, несамостоятельностью, наивностью суждений для этих детей характерными являются склонность к «расторможению» вле-

чений, недостаточно высоко развитая критичность; элементы импульсивности сочетаются у них с проявлениями инертности.

Эти дети при клинико-психологическом обследовании в начале обучения показывают низкий уровень личностной готовности к обучению. Самооценка и уровень притязаний у них были неадекватно завышенными; отсутствовала и адекватная реакция на неуспех. При воздействии дополнительных неблагоприятных факторов окружающей среды у этих детей наблюдалось формирование склонности к развитию характерологических отклонений возбуждимого типа. Дети становились двигательно беспокойными, раздражительными, импульсивными, не способными адекватно учитывать ситуацию, были некритичны к себе и своему поведению. Подобные формы поведения имели тенденцию к закреплению.

Проведенное исследование показало, что процесс формирования личности детей с церебральным параличом связан как с ранним органическим поражением мозга, так и с особенностями их воспитания и окружения. Специфика детского церебрального паралича определяет некоторые особенности формирования личности. Прослеживается некоторая связь развития личности с тяжестью и характером двигательных нарушений. При более тяжелых формах заболевания, когда ребенок длительное время нуждается в уходе и помощи со стороны взрослых и у него бывают резко ограниченными социальные контакты, предметно-манипулятивная деятельность, отклонения в развитии личности по типу осложненного психического инфантилизма проявляются в более выраженной форме.

Специфика двигательного поражения, связанная с вовлечением в патологический процесс различных мозговых структур, также оказывает определенное влияние на особенности развития личности детей с церебральным параличом. Так, при спастической диплегии наиболее часто наблюдались проявления невропатической формы осложненного психического инфантилизма с преобладанием тормозимости, повышенной пугливости, неуверенности в своих силах. При осложненных формах спастической диплегии, когда пораженными бывают как

корковые отделы двигательного анализатора, так и подкорковые структуры, а также при гиперкинетической форме заболевания с преимущественными поражениями подкорковых мозговых структур, преобладает цереброастеническая форма осложненного психического инфантилизма с различными проявлениями аффективного поведения.

Наши наблюдения показали, что в возникновении различных вариантов дисгармоничного развития личности детей с церебральным параличом ведущее значение имеют не биологические (тяжесть и локализация поражения мозга), а социальные факторы, включающие действие такого фактора, как воспитание, понимаемое в широком смысле. В частности, большое значение в формировании личности имеет то, как будет организована собственная деятельность детей и подростков, как будет проводиться работа по развитию адекватной самооценки и уровня притязаний ребенка, страдающего церебральным параличом. Бедность нравственного опыта детей с церебральным параличом задерживает формирование осознанности мотивов поведения, адекватной оценки последствий своих поступков, не способствует нравственному развитию школьников.

Рассмотренные выше данные показывают, какую огромную роль играет проведение воспитательных мероприятий в развитии гармоничной, высоконравственной личности детей с церебральным параличом.

Е. М. Мастюкова

ОСНОВЫ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПОНИМАНИЯ ОБЩЕГО НЕДОРАЗВИТИЯ РЕЧИ¹

Что такое общее недоразвитие речи. Роль речи в психическом развитии ребенка

Медицинский подход к проблеме общего недоразвития речи строится на целостном, синтетическом подходе к развитию различных сторон деятельности ребенка, на основе диалектической концепции развития речи и психики.

Психоневрологический анализ вариантов речевых нарушений при общем недоразвитии речи включает в себя не только описание различных аспектов нарушенной речевой и психической деятельности, но и вскрытие основных механизмов этих нарушений в динамике продолжающегося речевого и психического развития. Важно понять условия и нейрофизиологические механизмы переходов от одного уровня речевого развития к другому при различных речевых нарушениях у детей; необходимо увидеть диалектику появления нового качества на каждом этапе речевого и психического развития ребенка.

Медицинский подход к проблеме общего недоразвития речи в широком смысле этого слова предусматривает, во-первых, необходимость медицинского диагноза, вскрывающего

¹ Печатается по изд.: Жукова Н. С., Мастюкова Е. М., Филичева Т. Б. Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. — М.: Просвещение, 1973. — С. 8–16, 20–21. В пособии показано, что рациональное и максимально эффективное построение коррекционно-обучающего воздействия при общем недоразвитии речи невозможно без глубокого знания естественного хода становления речи в норме. Предлагаемая авторами система логопедического воздействия опирается на закономерности усвоения детьми родного языка при правильном формировании речевой функции.

структуру речевой недостаточности при различных формах речевого недоразвития. Так, например, общее недоразвитие речи при одинаковом уровне языкового развития может иметь место у ребенка с дизартрией, с моторной алалией, с задержкой темпа его общего психического развития, а также при некоторых неглубоких формах умственной отсталости, выявить которые в дошкольном возрасте очень трудно. Правильное понимание структуры речевого недоразвития в каждом случае является необходимым условием наиболее эффективной логопедической и медицинской помощи этим детям. Только при понимании структуры речевой и психической недостаточности возможно научное прогнозирование путей дальнейшего речевого и психического развития ребенка.

Во-вторых, медицинский подход предполагает также рассмотрение речевой недостаточности в тесном единстве с особенностями психического развития ребенка, ибо известно, что у ребенка с общим недоразвитием речи, наряду с патологией формирования всех ее сторон, могут отмечаться отклонения в его психическом развитии, темп его психического развития может замедлиться, развитие гностических и мыслительных процессов, эмоционально-волевой сферы, характера, а иногда и личности в целом может происходить аномально. Отклонения в психическом развитии у детей с общим недоразвитием речи могут зависеть как от поражения центральной нервной системы, т. е. от той же причины, которой часто определяется и сама речевая патология, а также и от самой речевой недостаточности. Последнее объясняется тем, какую роль играет речь в психическом развитии ребенка.

Выделяют три функции речи, которые выступают в тесном единстве и имеют важное значение в формировании психики и интеллекта ребенка.

1. Коммуникативная функция речи. Эта функция речи является одной из наиболее ранних. Специальными исследованиями было установлено, что уже у детей в возрасте двух лет речь выполняет функцию общения. Весь период дошкольного возраста — это прежде всего дальнейшее развитие речи для общения с окружающими. В процессе общения ребенок усваивает новые понятия, у него расширяется запас знаний и пред-

ставлений об окружающем, формируется мышление. Коммуникативная функция речи способствует развитию контактности ребенка со сверстниками, развивает возможность совместной игры, что имеет большое значение для формирования адекватного поведения, эмоционально-волевой сферы и личности ребенка.

Таким образом, первая возникшая у ребенка речь является социальной, в дальнейшем на ее основе развивается внутренняя речь, с помощью которой у детей осуществляется познание и формируется возможность регулировать свое поведение.

Коммуникативная функция речи возникает на основе более элементарных довербальных форм общения. Первой формой общения ребенка со взрослым является зрительное общение. К двум месяцам ребенок уже хорошо фиксирует взор на лице взрослого, следит за его движениями. С двух месяцев общение со взрослыми устанавливается при помощи зрения и первых мимических движений, ребенок улыбается взрослому в ответ на его улыбку. Затем к мимическому и зрительному общению добавляется движение рук: при виде улыбающегося взрослого ребенок улыбается и взмахивает руками.

Одновременно с мимическим и зрительным общением у ребенка первых месяцев жизни коммуникация со взрослым осуществляется при помощи крика, в котором вначале преобладают врожденные интонации недовольства. Затем к 3–4 месяцам характер крика меняется, в нем появляется более выраженная интонационная выразительность, и мать к этому времени обычно по характеру крика может узнать желание ребенка. В то же самое время к этому возрасту у ребенка развивается возможность избирательного внимания к речи окружающих и возникают первые активные попытки воспроизвести отдельные ее элементы, постепенно развивается возможность общения при помощи интонаций.

Р. В. Тонкова-Ямпольская, применив для анализа голосовых реакций детей раннего возраста электроакустические методы, доказала, что раньше всего развивается интонационная система языка и только на ее основе в конце первого года жизни начинает оформляться фонемная система и развивается общение на основе фонем.

В развитии первых форм доречевого общения, так же как и в формировании начальных этапов речевой деятельности, большое значение придается подражательным реакциям.

На следующем этапе развития уже речевого общения интонации продолжают иметь важное значение. Они прежде всего выражают эмоциональное отношение ребенка к тем или иным высказываниям, уточняют и дополняют смысл сказанного. При общем недоразвитии речи интонациям и жесту длительное время принадлежит большая роль в общении ребенка с окружающими.

2. Познавательная функция речи тесно связана с возможностью общения ребенка с окружающими, т. е. коммуникативная и познавательная стороны речи формируются в тесном единстве. Ребенок при помощи речи не только получает новую информацию, но и приобретает возможность ее по-новому усваивать. У детей первых лет жизни речь оказывает прежде всего важное влияние на развитие ощущений и восприятий, на формирование гностических процессов. А. А. Люблинской было показано, что даже пассивное овладение речью ребенком в возрасте первого-второго года жизни способствует развитию обобщенного восприятия, придает всем сенсорным функциям ребенка активный, поисковый характер.

Благодаря речи развиваются представления (память о предметах и явлениях окружающего мира). Включая отсутствующее прошлое в настоящее, речь позволяет фиксировать, выражать и анализировать настоящее. При недоразвитии речи восприятие ребенка обедняется, слабо развиваются представления.

Большая роль придается речи и в развитии памяти, особенно вербальной, которая необходима для формирования обобщенного мышления.

Формирование общающей функции мозга тесно связано со становлением и развитием речевой деятельности.

По мере развития лексико-грамматической стороны речи у ребенка становятся возможными такие интеллектуальные операции, как сравнение, анализ и синтез. Это происходит прежде всего в силу того, что в значении того или иного слова одновременно отражены общие и отличные признаки пред-

метов, обозначаемых определенным звуковым комплексом, т. е. в этом смысле каждое слово уже является понятием, «всякое слово уже обобщает».

Поэтому при олигофрении прежде всего недоразвивается обобщающая функция слова. С другой стороны, при недоразвитии речи могут отмечаться вторичные трудности в формировании обобщенного мышления.

3. Регулирующая функция речи складывается у нормального ребенка уже на ранних этапах его развития. Однако лишь к 4–5 годам, когда у ребенка значительно развита уже смысловая сторона речи, слово взрослого становится истинным регулятором деятельности и поведения ребенка. Формирование регулирующей функции речи тесно связано с развитием внутренней речи, целенаправленного поведения, возможности программированной интеллектуальной деятельности.

При недоразвитии регулирующей функции речи действия ребенка отличаются импульсивностью, речь взрослого мало корригирует его деятельность, ребенок затрудняется в последовательном выполнении тех или иных интеллектуальных операций, не замечает своих ошибок, теряет конечную задачу, легко переключается на побочные, несущественные раздражители, не может затормозить побочных ассоциаций.

Формирование регулирующей функции речи тесно связано с созреванием лобных отделов мозга. Поэтому при некоторых формах церебральной патологии, когда преимущественно задерживается созревание лобных отделов мозга, отмечается недостаточное развитие регулирующей функции речи, недоразвитие внутренней речи и речевого мышления.

Таким образом, важная роль речи в развитии психической деятельности определяет необходимость комплексного целостного подхода к ребенку с общим речевым недоразвитием. Ребенок с общим недоразвитием речи нуждается в целой системе логопедических и воспитательных мероприятий, направленных на формирование всех функций речи, восприятия, представлений, на развитие памяти, интеллекта и целенаправленной деятельности.

Некоторые данные относительно причин речевого недоразвития

Речь является наиболее молодой функцией, развивающейся интенсивно в первые годы жизни ребенка. Известно, что молодая функция, наиболее бурно развивающаяся, обычно оказывается и более ранимой. Поэтому различные неблагоприятные воздействия как во внутриутробном периоде, так и во время родов (родовая травма, асфиксия), а также в первые годы жизни ребенка могут приводить к нарушению речевого развития: замедлять, искажать или приостанавливать на какой-то период формирование речевой деятельности. В связи с этим при так называемом раннем органическом поражении мозга различные синдромы нарушенного речевого развития встречаются наиболее часто. При этом особенности расстройств речи при органических поражениях головного мозга прежде всего зависят от локализации и распространенности мозгового поражения. В осуществлении речевой деятельности принимают участие самые различные уровни и отделы центральной нервной системы. Однако известно, что повреждение некоторых отделов мозга приводит к наиболее выраженным речевым нарушениям, поражение же других отделов может не вызывать никаких речевых расстройств.

Выраженные речевые нарушения наиболее часто возникают при поражении корковых отделов мозга, особенно лобных, височных и теменных долей левого полушария. При недоразвитии всех сторон речи качественная характеристика речевых нарушений при повреждении различных отделов мозга оказывается неодинаковой. При анализе речевых нарушений в зависимости от преимущественной локализации мозгового поражения необходимо учитывать большие компенсаторные возможности развивающегося детского мозга. У ребенка в значительно большей степени, чем у взрослых, сохранные и развивающиеся участки мозговой коры могут брать на себя функцию пораженных областей.

Возможности компенсации и развития речевой деятельности во многом зависят от времени начала направленных логопедических мероприятий. Логопедические занятия, начатые

в период наиболее интенсивного развития головного мозга, являются эффективными. Наиболее быстрый темп развития мозга имеет место в первые три года жизни ребенка.

По образному выражению некоторых авторов, к трем годам человеческое существо проделало уже полпути своего умственного развития. К трем годам мозг человека достигает половины своего окончательного веса.

Развитие наиболее важных для речевой функции мозговых систем, особенно лобной, височной и теменной коры головного мозга, продолжается после рождения. Мощным фактором, ускоряющим созревание нервной системы, является ее функционирование.

Рано начатые логопедические занятия включают в активную деятельность различные мозговые системы и тем самым ускоряют их созревание и способствуют наиболее полной компенсации тех или иных речевых нарушений.

Большое влияние на структуру речевой недостаточности и процессы компенсации оказывает время мозгового поражения. В настоящее время доказано, что от времени поражения в значительной степени зависит характер аномалии развития мозга в целом. Наиболее тяжелое поражение мозга под влиянием различных вредностей (инфекций, интоксикаций) возникает обычно в период раннего эмбриогенеза. Полагают, что наиболее обширные изменения структуры головного мозга возникают на 3–4-м месяце эмбриональной жизни в период наибольшей дифференцировки нервных клеток. В зависимости от того, какие отделы нервной системы наиболее интенсивно развиваются в период воздействия той или иной вредности, поражение может преимущественно касаться двигательных, речевых или интеллектуальных функций. При неблагоприятных условиях в течение всей внутриутробной жизни может иметь место недоразвитие всего мозга в целом в сочетании с двигательными, речевыми и интеллектуальными нарушениями.

Среди причин, вызывающих указанные повреждения или недоразвитие мозга, наиболее частыми являются: инфекции или интоксикации матери во время беременности, токсикозы; родовая травма, асфиксия, заболевания центральной нервной системы и травмы мозга в первые годы жизни ребенка. След-

ствием указанных повреждений может быть общее недоразвитие речи. В таких случаях, когда вредоносное воздействие на мозг ребенка с поражением речевых зон происходит в период, когда речь его уже сформирована, может иметь место распад речи — афазия.

Раннее органическое поражение мозга с повреждением корковых речевых зон впервые может проявляться в 2–3 года в виде задержки развития речевой деятельности. В дальнейшем у этих детей выявляется недоразвитие всех сторон речи, трудности формирования некоторых других высших корковых функций (праксиса, гнозиса, пространственного и временного синтеза), нарушения интеллектуальной деятельности в виде повышенной истощаемости, неравномерной работоспособности, нарушений памяти и внимания.

В некоторых более легких случаях поражение корковых речевых зон может проявляться более отчетливо только к периоду школьного обучения, когда к речевой функции предъявляются более высокие требования. Такой ребенок в дошкольном возрасте с негрубым нарушением речи, как бы с задержанным речевым развитием, в школьном возрасте оказывается не в состоянии освоить в обычных условиях навыки чтения, письма и счета, становится неуспевающим учеником. Нераспознанные в дошкольном возрасте стертые речевые нарушения являются частой причиной школьной неуспеваемости. Ранняя диагностика даже кажущихся легкими речевых нарушений и своевременная логопедическая помощь являются важными моментами в предупреждении школьной неуспеваемости.

Основные принципы подхода к ребенку с общим недоразвитием речи

Из всего сказанного становится понятным, что общее недоразвитие речи не является какой-либо одной формой патологии, а может вызываться различными причинами, иметь различный механизм своего возникновения, в связи с этим качественная характеристика и прогноз речевого и психического развития у этих детей будут не одинаковыми.

Важным принципом логопедии, наиболее полно разработанным в исследованиях С. С. Ляпидевского, является необходимость дифференцированного подхода к структуре речевого дефекта при различных формах речевых нарушений. Логопеду необходимо знать структуру, патогенез или анатомо-физиологические особенности, которые обуславливают дефект развития, а именно речевое расстройство.

Только в этих условиях логопедические мероприятия могут быть дифференцированными, научно обоснованными и предельно эффективными.

Чрезвычайно важно при комплексном системном подходе к ребенку с общим недоразвитием речи всегда пытаться выделить ведущий первичный дефект, приведший к сложной речевой патологии.

При подходе к ребенку с общим недоразвитием речи необходимо ответить на следующие вопросы: 1. Что является первичным механизмом в общем речевом недоразвитии? 2. Какова качественная характеристика (наряду с количественной — уровень речевого развития) недоразвития всех сторон речи? 3. Какие симптомы в речевой сфере являются связанными с недоразвитием речи, какие — с компенсаторными приспособлениями ребенка к своей речевой недостаточности? 4. Какие сферы в речевой и психической деятельности у ребенка являются наиболее сохранными, с опорой на которые можно наиболее успешно проводить логопедические мероприятия? 5. Каковы дальнейшие пути речевого и психического развития данного ребенка?

Только после такого анализа может быть обоснован диагноз речевого нарушения. Для обоснования диагноза требуется комплексное обследование ребенка врачом-психоневрологом или логопедом, а иногда и некоторое динамическое наблюдение в процессе логопедических занятий и медикаментозного лечения.

Выделение ведущего дефекта и вторично связанных с ним нарушений, как уже указывалось, является важным прежде всего для построения более дифференцированных логопедических занятий.

Для понимания первичного ведущего дефекта в общем речевом недоразвитии требуется тщательное неврологическое, психологическое обследование ребенка с привлечением объективных данных о состоянии его слуха, зрения, артикуляции, общей моторики.

Только при комплексном подходе к ребенку с общим недоразвитием речи могут быть успешно решены вопросы дифференциальной диагностики речевой патологии (например, отграничение моторной алалии от некоторых форм олигофрении, осложненных недоразвитием речи), понят механизм речевых нарушений и определены пути дифференцированных логопедических мероприятий.

При анализе речевой патологии у ребенка с общим недоразвитием речи важным является выделение так называемых негативных симптомов, связанных с недоразвитием отдельных сторон речи, и «положительных», связанных с попытками ребенка приспособиться к своей речевой недостаточности. У детей младшего возраста преобладают первые, у детей более старшего возраста — вторые, которые могут стать их привычным речевым стереотипом. К вторичным положительным симптомам могут быть отнесены привычные звуковые замены, привычное использование «лепетной» речи, своеобразное привычное построение некоторых фраз и т. д. Если формирование вторичных компенсаторных симптомов происходит без коррекции специалиста, то выработанный привычный стереотип речевого общения может стать патологическим и не способствовать речевой коммуникации, а еще больше затруднять ее. Поэтому важной задачей логопедической работы уже на ранних ее этапах является формирование у ребенка моделей речевой коммуникации, моделей речевого высказывания, по которым должно продолжаться спонтанное речевое развитие.

При подходе к ребенку с речевой патологией всегда необходимо помнить, что, какими бы тяжелыми речевые нарушения ни были, они никогда не могут быть стационарными, полностью необратимыми, развитие речи продолжается при самых тяжелых формах ее недоразвития. Это связано с продолжающимся после рождения созреванием центральной нервной си-

стемы ребенка и большими компенсаторными возможностями детского мозга. Однако в условиях выраженной патологии это продолжающееся речевое и психическое развитие может происходить аномально. Одной из важнейших задач логопедических мероприятий является «управление» этим аномальным речевым и психическим развитием, возможное «выравнивание» этого развития. Исходя из общих методологических принципов отечественной дефектологии, обучение речи должно вести за собой и управлять патологическим речевым и психическим развитием ребенка. Направленное обучение является источником возникновения нового на каждом этапе речевого развития. Для разработки приемов такого направленного обучения необходим системный динамический подход к анализу речевых нарушений.

Такой динамический подход к пониманию речевой патологии у детей, наиболее полно разработанный в логопедии Р. Е. Левиной, позволил выработать рациональные меры по профилактике и преодолению дисграфии, дислексии, дискалькулии у детей с общим недоразвитием речи. Совершенно понятно, что эффективность этого «выравнивающего» речевого обучения будет тем больше, чем раньше начаты систематические логопедические и педагогические мероприятия.

Комплексный, динамический подход к ребенку с общим недоразвитием речи помогает постановке диагноза, ограничению первичной речевой патологии от общего интеллектуального недоразвития (олигофрении), а также намечает некоторые пути прогнозирования дальнейшего речевого и психического развития. Это является чрезвычайно важным как для выработки методики работы, так и для определения соответствующего учреждения, где должна проводиться эта работа. Ребенок с выраженной умственной отсталостью не должен быть помещен в речевой детский сад, работа с ним должна проводиться на доступном для него уровне в соответствующих учреждениях (ясли и сад для детей с органическим поражением мозга, сад для умственно отсталых и т. д.).

При речевой патологии вопрос о месте проведения логопедических мероприятий в каждом случае должен решаться ин-

дивидуально с учетом характера и тяжести речевых нарушений, возраста ребенка, его психических особенностей, условий воспитания и окружения.

Первой задачей, которая встает перед врачом и логопедом, является постановка диагноза и отграничение «общего недоразвития речи» от умственной отсталости и недоразвития речи в результате глухоты или глубокой тугоухости.

К отграничению общего недоразвития речи от замедленного темпа речевого развития (от задержек речевого развития)

Вопросы отграничения общего речевого недоразвития от временных обратимых состояний, трактуемых обычно как задержки речевого развития, неодинаково разрешаются различными исследователями. Это связано прежде всего с отсутствием общепринятой точки зрения в отношении определения понятия «общее недоразвитие речи». Некоторые авторы, понимая под общим недоразвитием речи недостаточную сформированность всех языковых систем, включают в это понятие и более обратимые состояния. Однако функционально-динамический, диалектический подход, основой которого является принцип развития, к проблеме речевых нарушений делает необходимым разграничение речевых расстройств прежде всего в зависимости от динамики их преодоления. Наблюдения показывают, что часть детей, имеющих на определенном возрастном этапе несформированность всех сторон речи, к школьному возрасту при проведении систематических логопедических занятий могут полностью преодолеть свой речевой дефект и в дальнейшем успешно обучаться в массовой школе. Другая же часть детей, имевшая в дошкольном возрасте сходные речевые нарушения, даже после систематических логопедических занятий в ряде случаев оказывается не в состоянии полностью преодолеть свою речевую недостаточность и в дальнейшем, обучаясь в условиях специальной школы для детей с речевы-

ми расстройствами, продолжает иметь в течение ряда лет выраженные речевые нарушения. Вероятно, механизмы возникновения и структура речевой недостаточности у детей, имеющих как бы сходный речевой дефект, но различную динамику последующего формирования речи, неодинаковые. Из этого следует, что как в практическом, так и в теоретическом отношении целесообразно выделение обратимых состояний в особую группу речевых расстройств.

При задержке речи обычно не предполагаются выраженные морфологические изменения в центральной нервной системе. Нарушения часто имеют обратимый нейродинамический характер. Это может быть результатом различных патологических состояний у детей, перенесших нетяжелую родовую травму или истощение в результате соматических заболеваний в первые месяцы и годы жизни, а также неблагоприятных условий окружения и воспитания (глухонемого родителей, нарушения речи близких окружающих, двуязычие и т. д.).

Для развития речи ребенка недостаточно, чтобы все отделы центральной нервной системы, принимающие участие в речевой функции, были собраны, важно, чтобы они активно функционировали. Поэтому неблагоприятные воздействия, нарушающие эту активность, будут приводить к задержке речи.

Стремление некоторых авторов рассматривать задержку речи в рамках общего ее недоразвития объясняется в первую очередь большими диагностическими трудностями в разграничении указанных состояний, особенно при однократном обследовании ребенка. В большинстве случаев точный диагноз может быть установлен только в процессе логопедической работы.

Весь ход речевого развития (как спонтанного, так и корригуемого логопедическими мероприятиями) у детей с задержкой речи качественно отличается от речи детей при общем ее недоразвитии. Особенно это касается формирования лексико-грамматической системы языка.

Развитие речи при задержке отличается от нормального только по своим темпам, переход от одной стадии речевого развития к другой чаще происходит, как и при нормальном ре-

чевом развитии, скачкообразно. Поэтому с каждым годом такой ребенок все больше и больше догоняет своих здоровых сверстников и, как уже указывалось, при раннем начале логопедических занятий к началу школьного возраста может полностью преодолеть свою речевую недостаточность.

Кроме того, исходя из патогенеза задержки речевого развития понятно, что у этих детей менее выражены признаки так называемого органического поражения их центральной нервной системы. Общие моторные функции, психические реакции, поведение у этих детей более сохранны, в случаях же нарушения эти дети легче поддаются лечебно-коррекционным воздействиям.

Задержка речи обычно сочетается с более замедленным темпом интеллектуального развития ребенка и может быть обусловлена различными причинами, наиболее частыми из которых являются следующие:

- 1) психофизический инфантилизм;
- 2) выраженные астенические и цереброастенические состояния;
- 3) двигательная патология;
- 4) неблагоприятные условия воспитания и окружения.

В каждом из указанных вариантов задержка речи имеет свои некоторые особенности, которые в настоящее время еще недостаточно изучены.

В практической жизни может встречаться сочетание указанных неблагоприятных факторов, и тогда патология речевого развития может принимать более сложный характер.

В. В. Лебединский

КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА¹

Г. Е. Сухарева (1959) с позиций патогенеза нарушений развития личности различает три вида психического дизонтогенеза: задержанное, поврежденное и искаженное развитие, Л. Каннер (1955) — недоразвитие и искаженное развитие. Клинически близкой к классификациям Л. Каннера и Г. Е. Сухаревой является классификация нарушений психического развития, предложенная Я. Лутцем (1968), в которой выделяются пять типов нарушений психического развития. Необратимое недоразвитие связывается автором с моделью олигофрении; дисгармоническое развитие — с психопатией; регрессирующее развитие — с прогрессирующими дегенеративными заболеваниями, злокачественной эпилепсией; альтернирующее развитие, включающее состояния асинхронии как в виде ретардации, так и акселерации и наблюдаемое, по мнению автора, при самой различной соматической и психической патологии; и, наконец, развитие, измененное по качеству и направлению, наблюдаемое при шизофреническом процессе.

По мнению Г. К. Ушакова (1973) и В. В. Ковалева (1979), основными клиническими типами психического дизонтогенеза являются два: 1) ретардация, т. е. замедление или стойкое психическое недоразвитие, как общее, так и парциальное, и 2) асинхрония как неравномерное, дисгармоническое развитие, включающее признаки ретардации и акселерации.

По нашему мнению, психический дизонтогенез может быть представлен следующими вариантами:

¹ Печатается по изд.: *Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей* — М.: Изд-во МГУ, 1985. — С. 27–34. Пособие содержит первое систематическое изложение основных патопсихологических закономерностей нарушений психического развития у детей. Автором представлена оригинальная классификация типов психического дизонтогенеза. Описана их психологическая структура.

- 1) недоразвитие;
- 2) задержанное развитие;
- 3) поврежденное развитие;
- 4) дефицитарное развитие;
- 5) искаженное развитие;
- 6) дисгармоническое развитие.

В этой классификации, в основу которой положены классификации дизонтогенеза Г. Е. Сухаревой (1959) и Л. Каннера (1957), мы сочли целесообразным добавить как самостоятельные варианты задержанное, дефицитарное и дисгармоническое развитие.

Предлагаемая классификация дифференцирует отдельные варианты аномалий исходя из основного качества нарушения развития. Выделяется группа аномалий, вызванных отставанием развития: недоразвитие, задержанное развитие; группа аномалий, в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония) развития: искаженное и дисгармоническое развитие; и, наконец, группа аномалий, вызванных поломкой, выпадением отдельных функций: поврежденное и дефицитарное развитие.

Для дизонтогенеза по типу *общего стойкого недоразвития* наиболее типично раннее время поражения, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития.

Типичным примером стойкого недоразвития является олигофрения. Экстенсивность поражения, связанная с генетическими пороками развития, диффузным повреждением незрелого мозга при ряде внутриутробных, родовых и ранних постнатальных воздействий, обуславливает первичность и тотальность недоразвития мозговых систем. Вторичный же дефект имеет сложный «кольцевой» характер. Он формируется, как указывалось выше, за счет недостаточности воздействия со стороны наиболее страдающих высших психических функций (ведущая координата недоразвития — «сверху вниз»), а также в определенной мере и недостаточности воздействия дефектных базальных функций на высшие (координата «снизу вверх»).

Характерна выраженная инертность психических процессов с фиксацией на примитивных ассоциативных связях, с трудностью их перестройки. Формирование иерархических связей грубо затруднено. В асинхронии развития преобладают явления ретардации. Различные функции недоразвиты неравномерно. Наиболее выражена недостаточность высших психических функций и меньше — базальных: развитие интеллекта, как правило, страдает в большей степени, чем речи, а последняя нарушена больше, чем восприятие, память, моторика, элементарные эмоции.

Для психического дизонтогенеза по типу *задержанного развития* характерно замедление темпа формирования познавательной и эмоциональной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах.

Задержанное психическое развитие может быть вызвано генетическими факторами, соматогенными (хронические соматические заболевания), психогенными (неблагоприятные условия воспитания), а также церебрально-органической недостаточностью, чаще резидуального характера (инфекции, интоксикации, травмы мозга внутриутробного, натального и раннего постнатального периода). При этом задержка развития эмоциональной сферы проявляется в различных клинических вариантах инфантилизма (конституционального, соматогенного, психогенного, церебрально-органического). Замедление же темпа познавательной деятельности при соматических заболеваниях будет связано с хронической астенией (общей повышенной истощаемостью), при психогенных формах — в большей мере с явлениями микросоциальной и педагогической запущенности, при церебрально-органических, наиболее часто приводящих к трудностям в обучении, с одной стороны, с нейродинамическими (в первую очередь церебрастеническими) и энцефалопатическими (психопатоподобными, эпилептиформными и др.) расстройствами, а в ряде случаев — и с первичной недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций (праксиса, гнозиса, речи, памяти и т. д.).

Характерна мозаичность поражения, при которой наряду с дефицитарными функциями имеются и сохранные. Наблюдается инертная фиксация более элементарных связей, преимущественно в базальных звеньях, что ведет к временной за-

держке инволюции более ранних форм. Явления асинхронии связаны с тем, что первичный дефект чаще нарушает развитие отдельных базальных звеньев психических процессов, высшие же уровни страдают вторично (ведущая координата нарушения развития — «снизу вверх»).

Парциальность поражения — с недостаточностью отдельных корково-подкорковых функций и большей сохранностью высших регуляторных систем, преимущественно нейродинамического характера, отличает задержанное развитие от стойкого психического недоразвития по типу олигофрении и определяет лучший прогноз динамики развития и коррекции.

Поврежденное развитие имеет ту же этиологию (наследственные заболевания; внутриутробные, натальные и постнатальные инфекции, интоксикации и травмы ЦНС), что и органическое недоразвитие психики либо задержанное. Основное отличие патогенеза связано с более поздним (после 2–3 лет) патологическим воздействием на мозг, когда большая часть мозговых систем в значительной степени уже сформирована и их недостаточность проявляется в признаках повреждения.

Следует отметить, что компонент повреждения присутствует почти при всех видах аномального развития. Однако при других видах дизонтогенеза он является либо осложняющим фактором (например, при недоразвитии по типу осложненной олигофрении), либо пусковым механизмом, например в случае замедления темпа развития и т. д.

Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция. При ее возникновении в относительно раннем детском возрасте характер дизонтогенеза определяется сочетанием грубого повреждения ряда сформированных психических функций с недоразвитием онтогенетически более молодых образований (лобных систем). В более старшем детском возрасте может иметь место и первичное повреждение лобных систем. Страдают лобно-подкорковые взаимоотношения. Наряду с выпадением отдельных частных корковых функций прежде всего отмечают расстройства эмоциональной сферы, нередко с расторможением влечений, тяжелые нарушения целенаправленной деятельности и личности в целом. Повреждение ведет к явлениям изоляции отдельных си-

стем, распаду сложных иерархических связей, нередко с грубым регрессом интеллекта и поведения.

Особый вид дизонтогенеза представляет собой *дефицитарное развитие*¹, связанное с тяжелыми нарушениями (грубым недоразвитием либо повреждением) отдельных анализаторных систем: зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, а также рядом инвалидизирующих хронических соматических заболеваний. Первичный дефект анализатора либо определенной соматической системы ведет к недоразвитию функций, связанных с ними наиболее тесно, а также к замедлению развития ряда других функций, связанных с пострадавшей опосредованно. Эти нарушения развития частных психических функций тормозят психическое развитие в целом. Таким образом, преимущественной координатой нарушений развития является координата «снизу вверх». Асинхрония проявляется в разной степени недоразвития одних анализаторных систем при сохранности других. Дефицитарность отдельных сенсорных и моторных систем способствует возникновению явлений изоляции. Так, нарушение зрения приводит к недоразвитию координации между речью и действием.

Прогноз психического развития ребенка с дизонтогенезом по дефицитарному типу связан с глубиной поражения данной функции. Однако решающее значение имеет первичная потенциальная сохранность интеллектуальной сферы, других сенсорных и регуляторных систем. Дефицитарное развитие при нарушениях отдельных сенсорных систем дает наиболее яркие примеры компенсации за счет сохранности других каналов связи и интеллектуальных возможностей. Эта компенсация осуществляется в условиях адекватного воспитания и обучения. В случае недостаточности коррекционной работы возникают явления депривации, приводящие к нарушению развития как познавательной деятельности, так и личности ребенка.

¹ Термин, предложенный В. В. Ковалевым (1976; 1979) в отношении патологического формирования личности у детей с дефектами зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, а также хроническими соматическими заболеваниями, при которых дефицитарность в сенсорной, моторной, соматической сферах обуславливает явления депривации и нарушения эмоциональной сферы.

При *искаженном развитии* наблюдаются сложные сочетания общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, приводящие к ряду качественно новых патологических образований.

Искаженное развитие чаще свойственно ряду процессуальных наследственных заболеваний.

Наиболее характерной моделью является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма. Его этиология и патогенез неясны. В значительной части случаев речь идет о ранней детской шизофрении. В последнее время все чаще высказывается мнение о связи этой аномалии развития и с органическим поражением мозга. Для искаженного развития характерна наиболее выраженная асинхрония. В процессе формирования психических функций наблюдается иная иерархия в последовательности развития отдельных систем, в значительной мере противоположная нормальному онтогенезу: так, преждевременное развитие речи значительно обгоняет формирование локомоторных функций, а в более старшем возрасте развитие вербального интеллекта парадоксально опережает становление предметных навыков. Большое значение в искаженном дизонтогенезе имеют явления изоляции: функции, развивающиеся ускоренно, не «подтягивают» развитие других. Формируясь на собственной узкой основе, в более тяжелых случаях они «зацикливаются», что приводит к явлениям стереотипии в речи, игровых действиях и т. д. Даже при шизофренической природе раннего аутизма явления дизонтогенеза нередко выражены больше, чем симптомы болезни. Однако последним также принадлежит определенная роль в формировании дизонтогенеза. Так, возникновение аутизма, особенно на ранних этапах развития, в большой мере обусловлено диффузными страхами окружающего. Выраженный дефицит общения в свою очередь является важнейшим тормозом социального развития больного ребенка.

Дисгармоническое развитие по своей структуре в определенной мере напоминает искаженное развитие. Это сходство состоит в сочетании явлений ретардации одних систем с парциальной акселерацией других. Наблюдается и сходное с искаженным развитием нарушение иерархии в последователь-

ности развития ряда психических функций. Отличие дисгармонического развития от искаженного развития состоит в том, что основой этого вида дизонтогенеза является не текущий болезненный процесс, создающий на разных этапах различные виды искаженных межфункциональных связей, а врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Эта диспропорциональность, обуславливая формирование ряда аномальных вариантов личности, для которых, по Г. Е. Сухаревой, характерна «неадекватная реакция на внешние средовые раздражители, вследствие чего более или менее нарушено поведение и затруднена активная приспособляемость к окружающей среде» (1959).

Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, в первую очередь конституциональных, большей частью наследственно обусловленных, а также так называемые патологические формирования личности (О. В. Кербиков, 1960, 1965; В. В. Ковалев, 1969, 1979) в результате неправильных условий воспитания.

Отсутствие как грубых психопатологических расстройств, так и прогрессирования нарушений развития, характерных для текущего болезненного процесса, ограниченность дизонтогенеза преимущественно личностной сферой переносят акцент ряда закономерностей становления данной аномалии развития с биологического фактора на социальный. Степень выраженности психопатии и даже само ее формирование в значительной мере зависят от условий воспитания и окружения ребенка. Трудности социального приспособления способствуют формированию ряда компенсаторных и псевдокомпенсаторных образований (Г. Е. Сухарева, 1959; А. Е. Личко, 1977; В. В. Ковалев, 1979 и др.).

Таковы, на наш взгляд, основные варианты психического дизонтогенеза у детей.

Как показывают клинические данные, при одном и том же заболевании могут сосуществовать различные варианты дизонтогенеза. Например, при ранней детской шизофрении можно наблюдать как задержанное и искаженное развитие, так и более грубую форму — недоразвитие (так называемый «оли-

гофренический плюс») и даже поврежденное развитие (при злокачественном течении процесса). Эта особенность позволяет рассматривать отдельные варианты дизонтогенеза не как самостоятельные независимые образования, а скорее как синдромы аномального развития, которые нередко могут сочетаться друг с другом при преобладании какого-либо ведущего.

При более подробном далее рассмотрении отдельных вариантов дизонтогенеза мы не стремились к воссозданию полной клинико-психологической структуры заболевания и даже вызванной им аномалии развития, а старались показать ряд закономерностей, характерных для того или иного типа дизонтогенеза.

М. С. Певзнер

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ТЕМПА РАЗВИТИЯ¹

Уже давно было обращено внимание на то, что ряд вредных факторов может обусловить нарушение темпа развития ребенка. Это дало возможность выделить синдром психофизического инфантилизма у детей (Ласег, Лорен, Трамер (1952), Лютц (1953), Пешо, Долл, Тредгольд и др.).

В отечественной литературе психофизический инфантилизм был описан в работах М. О. Гуревича, В. А. Гиляровского, Г. Е. Сухаревой, Т. П. Симеон, М. Я. Серейского, Е. Н. Крыловой, В. П. Кудрявцевой, А. Ф. Мельниковой, М. С. Певзнер.

¹ Печатается по изд.: Дети с отклонениями в развитии (отграничение олигофрении от сходных состояний) / Под ред. М. С. Певзнер. — М.: Просвещение, 1966. — С. 25–31, 70–76. В книге показано, что при временной задержке развития первичным фактором является нарушение темпа созревания мозговых систем. Вторичным клиническим проявлением этого несозревания будет недоразвитие эмоционально-волевой сферы типа инфантилизма. Экспериментальные клинические исследования показали возможность установления дифференциально-диагностических критериев при разграничении ЗПР от олигофрении.

Для этого типа аномалий характерна задержка развития наиболее поздно созревающих отделов центральной нервной системы.

Специфика детской психиатрии определяется тем, что всякий процесс взаимодействует с процессом развития.

Взаимоотношения между текущими процессами (эпилепсия, шизофрения) и развитием ребенка обуславливаются временем возникновения, характером болезненного процесса, его интенсивностью и распространенностью.

При наличии локальных поражений центральной нервной системы задержка психического развития выступает как вторичный симптом.

То же относится и к цереброастеническим состояниям, при которых может и не быть задержки психического развития, а в тех случаях, где эта задержка возникает, она тоже имеет вторичный характер.

В настоящей главе мы ставим перед собой задачу дать описание тех состояний, где первичным определяющим симптомом в клинической картине является задержка темпа психического развития ребенка. К этой группе мы относим как общий психофизический инфантилизм, так и случаи частичного инфантилизма. Нами было организовано комплексное изучение детей в детском нервном санатории. Работа включала в себя клиническое и педагогическое изучение, исследование высшей нервной деятельности, а также электроэнцефалографическое исследование.

Из трехсот историй болезни с диагнозом «задержка развития» мы отобрали лишь 140 случаев, которые относятся к выделенной нами форме. Из них мальчиков — 85, девочек — 55.

По возрастным группам дети распределяются следующим образом: 7 лет — 11 человек, 8 — 40, 9 — 43, 10 — 28, 11 — 11, 12 — 5, 13 — 2.

Из этих данных видно, что основная группа детей с диагнозом «задержка развития» падает на 8-, 9- и 10-летний возраст.

В 1-м классе обучается 74 человека, во 2-м — 37, в 3-м — 26, в 4-м — 3. Дублировали 1-й класс 55 человек, 2-й — 9, 3-й — 9, 4-й — 1.

Из 55 детей, дублировавших 1-й класс, 3 человека обучались в 1-м классе 3 года.

Из всех 140 человек лишь 80 поступили в школу в 7-летнем возрасте, 60 человек начали обучаться только с 8-летнего возраста. Дети поступали в детский нервный санаторий со следующими жалобами: затруднения в обучении — 122 человека; трудности в поведении — 69 человек.

Всем этим детям были свойственны черты инфантилизма. Ребенок, формально достигший школьного возраста, продолжает оставаться в кругу дошкольных игровых интересов (не может включиться в школьную деятельность, фиксироваться на ней и выполнять отдельные школьные задания). Иногда наряду с чертами инфантилизма отмечена раздражительность, повышенная возбудимость, двигательное беспокойство, неусидчивость, в некоторых случаях вялость и пассивность. У части детей отмечались соматовегетативные симптомы: головные боли, нарушение сна, снижение аппетита.

В 84 случаях никакого наследственного отягощения отметить не удалось; в 29 случаях в наследственности отмечался алкоголизм, в 10 — психические заболевания, в 3 — патологические черты характера у родителей. Лишь в одном случае было указано, что один из родителей испытывал затруднения в обучении. В 12 случаях данных о наследственности не имелось.

Нарушение темпа развития в этих случаях было чаще всего обусловлено расстройством питания при рано перенесенной дизентерии, при длительной диспепсии и дистрофиях. Так, в 40 случаях (140 обследованных) имелись указания в анамнезе на тяжело и длительно протекавшие желудочно-кишечные заболевания.

В 30 случаях — внутриутробная патология. В 10 случаях в семьях были близнецы. У 30 детей отмечалась природовая патология. В 8 случаях можно было говорить о сложных этиологических факторах, где наряду с нарушением внутриутробного развития детей играли роль перенесенные ими в раннем возрасте кишечные заболевания. У 17 детей нельзя было отметить патологического фактора, вызвавшего задержку развития.

Постнатальные заболевания воспалительного и травматического характера отмечались лишь в 5 случаях. Анализ этио-

логических факторов показывает, что при нарушении темпа развития чаще отмечаются желудочно-кишечные заболевания, асфиксия и в значительно меньшем проценте случаев постнатальные воспалительные и травматические заболевания.

Одно из ведущих мест в этиологии олигофрении занимают внутриутробные поражения, наследственные и хромосомные заболевания, а также постнатальные травматические и воспалительные поражения центральной нервной системы.

Тщательное изучение анамнестических данных выявило у 58 детей задержку общего развития, у 39 детей — задержку развития речи, а у 10 — задержку ходьбы и речи; у 1 ребенка — только задержку ходьбы.

У 35 детей этой группы в раннем и преддошкольном возрасте не отмечалось явных нарушений темпа развития.

Более отчетливо выявились особенности этих детей в дошкольном возрасте. У 80 детей отмечалось нарушение темпа психического развития, проявлявшегося в особенностях их эмоционально-волевой сферы.

Сравнивая эти данные с данными, имеющимися в отношении детей-олигофренов, можно выявить существенные различия. У детей-олигофренов нарушение сложных функций движения и речи обнаруживается на протяжении всего их развития, на каждом возрастном этапе они принимают своеобразные формы. У детей с нарушением темпа развития наблюдаются задержки в развитии моторики и речи, которые в дальнейшем преодолеваются.

По физическому развитию изучаемая нами группа детей распределялась следующим образом: без отклонений от нормы в физическом развитии было 46 детей, задержаны в физическом развитии — 70, физически ослабленных и задержанных в развитии — 20, только физически ослабленных — 3 ребенка и выраженная общая дисплазия лишь у 1 ребенка.

Дети с нарушенным темпом развития характеризуются малым ростом и весом. Эти дети чаще всего по своим физическим особенностям напоминают детей более младшего возраста. Дети же олигофрены характеризуются диспластическим строением скелета, и особенно черепа.

Среди детей с нарушенным темпом развития имеется незначительный процент имеющих снижение зрения.

У 112 детей не было отклонений со стороны зрения; незначительное снижение зрения наблюдалось у 26 детей, более сложные нарушения имелись у 2. Ни в одном случае не было обнаружено отклонений со стороны глазного дна. В противоположность этому острота зрения оказывалась сниженной у 45 % детей-олигофренов. Снижение остроты зрения зависело главным образом от расстройств рефракции. У некоторых детей снижение остроты зрения было обусловлено поражением роговицы, у других — остатками неврита зрительных нервов. У некоторого числа детей-олигофренов выявились изменения со стороны глазного дна в виде сосудов застойного характера.

При исследовании слуха обнаружено: у детей с нарушением темпа развития нормальный слух был у 136, снижение слуха на оба уха — у 3 и снижение слуха на одно ухо — у 1. У олигофренов снижение слуха наблюдалось примерно в 20 % случаев.

По особенностям своей нервной системы дети с нарушенным темпом психофизического развития также отличаются от детей-олигофренов. Из всех обследованных детей у 19 мы не отметили никаких патологических знаков. У 73 были отмечены незначительные признаки и остаточный левосторонний гемисиндром, а у 24 детей — правосторонний гемисиндром.

Легкая, рассеянная двусторонняя симптоматика отмечалась у 2 детей. Выраженная органическая неврологическая симптоматика отмечалась лишь в одном случае. В противоположность этому у детей-олигофренов преобладает выраженная неврологическая симптоматика, и преимущественно правосторонняя.

Значительные различия обнаруживаются у детей с нарушением темпа развития и детей-олигофренов при анализе данных, полученных при исследовании зрительных восприятий, пространственных синтезов, двигательных умений. При исследовании зрительных восприятий у детей с нарушением темпа развития лишь у 30 детей из 140 обследованных обнаружилось отклонения в виде некоторой фрагментарности и легких затруднений при восприятии перечеркнутых и врисованных фигур.

В противоположность этому у детей-олигофренов на первоначальных этапах обучения отмечалась нечеткость и фрагментарность зрительных восприятий, значительное затрудне-

ние при предъявлении перечеркнутых, врисованных предметов и т. д. То же отмечалось и в отношении пространственных синтезов. Только у 20 детей с нарушением темпа развития мы обнаружили затруднения при выполнении отдельных заданий на пространственный синтез.

Значительное отличие обнаруживается в особенностях моторики этих двух групп детей. У олигофренов, даже при отсутствии грубых моторных расстройств, отмечается недоразвитие наиболее сложных движений, преимущественно рук. Этим детям трудно выполнить движение по словесной инструкции или в воображаемой ситуации. Так, например, в случаях, когда ребенку предлагается ловить воображаемую бабочку или срывать цветы в комнате, вообразив, что это сад; движения олигофренов однообразны, инертны, невыразительны, они с трудом переключаются с одного движения на другое. У детей с нарушением темпа развития движения свободны, координированны и целенаправленны. Лишь в очень небольшом проценте случаев наблюдается отставание в темпах развития моторики.

Значительные различия между детьми-олигофренами и детьми с задержкой развития выступают при изучении речевой деятельности. Из 140 детей с нарушением темпа развития у 87 не было никаких нарушений в развитии речи; у 15 была некоторая задержка развития речи; у 38 детей отмечалось физиологическое косноязычие. Оно является у этих детей основным речевым дефектом; они нередко продолжают говорить с теми же особенностями артикуляции, которые отмечаются и у нормальных детей более младшего возраста. В отличие от олигофренов, они обладают большим запасом слов, могут передавать содержание сказки или рассказа, не испытывая трудностей в подборе слов и фраз. Они лучше и быстрее усваивают правильную артикуляцию звуков.

У детей же олигофренов более резко выявляется нарушение произносительной стороны речи, нередко отмечается недоразвитие фонематического слуха, бедный словарный запас и нарушение грамматического строя речи.

У детей этих двух групп обнаруживается много сходных черт в поведении. Как те, так и другие на первоначальных этапах обучения не понимают школьных требований, не подчи-

няются правилам школьной жизни, не проявляют заинтересованности в школьных занятиях; однако и здесь выступают те различия, которые облегчают дифференциальную диагностику. Дети с нарушенным темпом развития не могут организовать своего поведения лишь в условиях школьного обучения, но в противоположность олигофренам они достаточно организованны и инициативны, когда речь идет об игровой деятельности, самостоятельном рисунке, слушании и воспроизведении сказок, рассказов и т. п. При нарушении темпа развития ребенок, будучи по возрасту школьником, в своем поведении остается еще дошкольником. Поэтому такой ребенок может легко выполнить то, что непосредственно связано с его игровой деятельностью, с его игровыми интересами. Выполнять же задания в новых для него объективных условиях (прежде всего, в процессе обучения) он еще не может, потому что эти задания для него являются слишком отвлеченными.

По состоянию школьных навыков изучаемая группа детей распределялась следующим образом: достаточные навыки были выявлены у 24 детей, 116 детей не владели навыками, соответствующими школьной программе. Это последнее обстоятельство создавало наибольшее их сходство с детьми-олигофренами. Дети с задержкой развития после года обучения в 1-м классе массовой школы не выучивали букв, затруднялись в звукобуквенном анализе, не могли писать под диктовку, не справлялись с самыми элементарными счетными операциями. В отличие от детей-олигофренов, однако, они могли дать хороший рисунок, были инициативны в игровой деятельности. При сравнении хорошо выполненных рисунков с образцами письма элементов букв, крайне плохо оформленных, отчетливо было видно, что затруднение в овладении письмом связано с тем, что ребенок еще не готов к отвлеченной школьной деятельности.

Патогенетическую основу изучаемых состояний можно связывать с недоразвитием у детей некоторых мозговых систем. Чаще это касается наиболее сложных мозговых систем, развивающихся у ребенка позже. Причину этой задержки развития следует видеть во внешних вредностях. Как уже указывалось выше, большую роль среди этих вредностей играет нарушение питания, приводящее к истощению ребенка, двойни,

асфиксия при рождении и т. д. Но все эти вредности, как правило, не приводят к грубым органическим изменениям мозга, а скорее приводят к своеобразным нарушениям трофики, чем и определяется задержка развития той или иной системы.

В группе детей с временной задержкой развития, исходя из синдромологического принципа, можно выделить ряд клинических вариантов:

- I. Психофизический инфантилизм с недоразвитием у детей эмоционально-волевой сферы при сохранном интеллекте.
- II. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности.
- III. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный нейродинамическими нарушениями.
- IV. Психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности, осложненный недоразвитием речевой функции.

Выводы

I. Задержки психического развития возникают в связи с экзогенными вредностями. Однако действие этих вредоносных факторов приводит лишь к нарушению темпа развития детей, что подтверждается обратимостью симптомов.

Полная обратимость симптомов наступает лишь в тех случаях, когда проводится коррекционно-воспитательная и лечебная работа.

В отличие от этих форм при олигофрении основными этиологическими факторами являются внутриутробные и ранние постнатальные органические поражения центральной нервной системы; некоторый удельный вес имеют хромосомные заболевания, а также и наследственные заболевания центральной нервной системы, приводящие к слабоумию.

II. При нарушении темпа развития аномалия определяется задержкой развития в онтогенезе наиболее молодых в эволюционном отношении отделов нервной системы.

При олигофрении основным патогенетическим фактором является диффузное поражение коры полушарий головного мозга.

При легких степенях олигофрении речь идет о диффузном, но относительно поверхностном поражении коры полушарий головного мозга.

III. Высшая нервная деятельность детей с задержкой темпа развития отличается от таковой при олигофрении.

Эти отличия характеризуются: большей силой основных нервных процессов (возбуждения, торможения), большей подвижностью и менее выраженной склонностью процесса возбуждения к широкой иррадиации.

Все эти отличия количественные, но на их основе становится возможным выявить и ряд качественных отличий — более тесное взаимодействие первой и второй сигнальных систем, отсутствие разрыва между ними.

У детей с временной задержкой развития невозможна выработка связей без их адекватной вербализации, ибо словесная система непрерывно контролирует выработку этих связей.

Внешне выработка сложных дифференцировок идет медленно, но качественно она более полноценна.

Дети с задержками развития учитывают вероятность появления дифференцировочного сигнала, что свидетельствует об участии в этой выработке высших форм анализа.

У олигофренов же в силу недоразвития словесной системы и инертности старых словесных связей выработка связей без их адекватной вербализации возможна, т. е. имеется разрыв между сигнальными системами.

IV. Установленные различия между олигофренией и временной задержкой развития в отношении этиологии, патогенеза и патофизиологии обуславливают различия и в клинической картине.

Дети с временной задержкой развития отличаются малым ростом и весом. Они напоминают по виду детей дошкольного возраста.

Физическое же развитие детей-олигофренов характеризуется диспластичностью, особенно в отношении формы черепа.

При неврологическом исследовании также выступают различия. У детей с нарушением темпа развития в 40 % случаев не обнаружено патологических знаков, в тех же случаях, где имеются легкие неврологические знаки, они чаще бывают левосторонними. У детей же олигофренов почти в 100 % случаев имеет место неврологическая симптоматика. Почти в 50 % случаев она носит выраженный характер, причем чаще выявляется правосторонний гемисиндром, что указывает на большую заинтересованность ведущего левого полушария.

Отчетливые различия обнаруживаются и в особенностях моторики при этих внешне сходных, а по существу различных состояниях. У детей с нарушением темпа развития моторика в большей части случаев достигает достаточного уровня. Движения их координированны, отличаются ловкостью, четкостью. Эти дети хорошо выполняют движения в воображаемой игровой ситуации, у них недоразвиты лишь наиболее сложные произвольные движения.

У детей-олигофренов недоразвита моторика в целом. Движения их плохо координированны, замедленны, неловки, у них обнаруживается явно выраженное недоразвитие сложных форм движения, отмечается плохая переключаемость с одного движения на другое, неумение выполнить движение по словесной инструкции.

V. Явные различия выступают и в особенностях речевой деятельности при задержке развития и олигофрении. Дети-олигофрены в процессе развития плохо усваивают значение слов, что отрицательно сказывается на развитии фонематического слуха и тем самым затормаживает формирование речи в целом. У детей-олигофренов наряду с косноязычием отмечаются и более сложные формы нарушения произношения, в основе которых лежит замедленное усвоение ребенком звуковой стороны речи. Детям-олигофренам свойственны фонетико-фонематические нарушения, проявляющиеся в неточной слуховой дифференцировке близких по звучанию фонем и затрудненности звукового анализа слова. Это приводит к дефектам произношения. Олигофрены отличаются бедностью словаря, вследствие чего они недостаточно овладевают грамматическим строем речи. Эти дети испытывают большие за-

труднения при необходимости сформулировать свои мысли, недостаточно пользуются речью в процессе игры и общения.

В противоположность этому у основной массы детей с нарушением темпа развития не отмечалось недоразвития речевой функции. При тех формах задержки развития, где имелось недоразвитие речи, оно характеризовалось косноязычием или же некоторым недоразвитием фонематического слуха. Однако эти симптомы сравнительно легко и быстро преодолевались. У детей с временной задержкой развития на первоначальных этапах обучения есть много сходного с олигофренами. Как те, так и другие не понимают школьных требований, не подчиняются правилам школьной жизни, не заинтересованы школьными занятиями. Но дети с задержкой развития, в противоположность олигофренам, могут быть продуктивными при игровых формах деятельности. Для них характерно значительно лучшее понимание сказок и рассказов. Особенно отчетливая разница между олигофренами и детьми с временной задержкой развития обнаруживается при исследовании их познавательной деятельности.

У олигофренов недоразвитие познавательной деятельности выявляется при решении любой задачи, которая требует известного уровня развития способностей к отвлечению и обобщению. Дети с временной задержкой развития, оставаясь неуспевающими учениками в школе, могут выполнить ряд заданий, выявляя при этом достаточный уровень развития способностей к отвлечению и обобщению. Даже при тех формах, где наблюдается недоразвитие познавательной деятельности, этот симптом оказывается временным. Дети с временной задержкой развития отличаются от детей-олигофренов двумя особенностями. Трудности в овладении элементарными навыками сочетаются у них с относительно сохранной познавательной деятельностью. Они всегда обнаруживают способность быстрее и лучше использовать оказанную им в процессе работы помощь, усваивают принцип решения задания и используют этот принцип при выполнении сходных задач. Такое сочетание для детей-олигофренов совершенно не характерно. Это говорит о том, что они обладают более полноценными возможностями для дальнейшего развития. Дина-

мика развития детей этих двух групп различна. У ребенка с нарушением темпа развития при правильно организованной педагогической работе отмечается значительный скачок в развитии, что не характерно для детей-олигофренов. То, что они сегодня могут делать только с помощью педагога в условиях специального экспериментального обучения, они завтра начнут делать самостоятельно. Итак, дети с задержкой развития, в отличие от детей-олигофренов, характеризуются иными психопатологическими особенностями и выявляют иную динамику.

Изучение катамнеза детей с задержкой развития (в отдельных случаях длительность катамнестического изучения достигает 10 и более лет) показывает, что в дальнейшем эти дети кончают массовую школу, учатся в техникумах, а в отдельных случаях даже в вузах.

VI. Различная внутренняя сущность этих внешне сходных состояний (олигофрения и временная задержка развития) обусловлена разным патогенезом. При олигофрении имеются структурные диффузные изменения в коре полушарий головного мозга, в силу чего и в процессе компенсации не возникает полной обратимости симптомов. При временной задержке развития имеет место лишь нарушение темпа созревания той или иной системы. По-видимому, наибольшую роль при временной задержке играет замедленный темп созревания лобной области и ее связей с другими областями коры и подкорковыми образованиями, что подтверждается и электроэнцефалографическими данными. Неслучайно поэтому в клинической картине психофизического инфантилизма есть ряд симптомов, указывающих на незрелость лобной коры (снижение критики, недоучет этими детьми школьной ситуации, отсутствие выраженного отношения к оценке, незрелость моторики и др.).

В отличие от грубых структурных изменений лобной области у детей с задержкой развития эти симптомы носят временный и обратимый характер.

Проведенный нами анализ клинических фактов показал, что одним из определяющих симптомов у детей с задержкой развития является недоразвитие эмоционально-волевой сферы, по типу инфантилизма.

VII. Изучение детей с явлениями инфантилизма позволяло видеть, что симптомы задержки развития, частично выступавшие уже в раннем, преддошкольном и дошкольном возрасте, очень резко проявляются в школьном возрасте, когда перед ребенком ставятся задачи, требующие сложной и опосредствованной формы деятельности.

Школьный возраст отличается рядом особенностей, которые не имеют места на более ранних этапах развития детей и требуют от ребенка совершенно новых видов психической деятельности. Если ребенок-дошкольник развивался в процессе игры и общения с окружающими, лишь в ограниченной степени подчиняясь четкой программе, то ребенок школьного возраста попадает в такие условия, при которых он должен обучаться по твердой программе. Ребенок должен вести себя не так, как это диктуют ему его собственные мотивы и потребности: он должен выполнять указания учителя, регулировать свое поведение согласно этим требованиям. Мотивы деятельности ребенка в процессе школьного обучения перестраиваются. Основным мотивом его деятельности во время урока становятся указания учителя.

Если в детском саду основной деятельностью была игра, то с переходом к школьному возрасту дело существенно меняется. В школьном возрасте появляются такие формы деятельности, которые приобретают значение только как действия, подготавливающие к овладению какими-либо новыми умениями и навыками.

К таким действиям относятся раздельное проговаривание звуков слова, которое понадобится для обучения письму и чтению; упражнение в написании палочек и крючочков, которое имеет смысл только как элемент овладения актом письма. К таким действиям относятся и акты пересчитывания предметов.

Для того чтобы перейти к этому новому виду деятельности, ребенок должен перестроить мотивы своей деятельности. Именно поэтому у детей с симптомами психофизического инфантилизма возникают значительные затруднения в начале обучения.

Приведенный анализ показал, что своеобразное недоразвитие эмоционально-волевой сферы является ведущим симптомом при различных формах задержки развития.

Соотношение этого основного симптома с другими симптомами дает основание для выделения отдельных клинических вариантов задержек развития.

Первая форма задержки развития характеризуется лишь недоразвитием эмоционально-волевой сферы в сочетании с недостаточным уровнем развития познавательной деятельности и речевой функции.

При второй форме имеется сочетание недоразвития эмоционально-волевой сферы с некоторым недоразвитием познавательной деятельности. При третьей форме психофизический инфантилизм с недоразвитием познавательной деятельности осложняется еще и нейродинамическими нарушениями.

Четвертая форма характеризуется сочетанием недоразвития эмоционально-волевой сферы и познавательной деятельности с недоразвитием речевой функции.

В. И. Гарбузов

ПСИХИЧЕСКИЙ ИНФАНТИЛИЗМ¹

Психический инфантилизм — такая психофизическая незрелость ребенка, которая приводит при неправильном воспитании к задержке возрастной социализации и поведение ребенка при которой не соответствует возрастным требованиям к нему. Предпосылки к психическому инфантилизму создаются конституционально-генетическими, эндокринно-гормональ-

¹ Печатается по изд.: *Гарбузов В. И.* Нервные дети: Советы врача. — Л.: Медицина, 1990. — С. 88–96, 96–105. В книге изложены часто встречающиеся формы детской нервности, их причины и проявления. Рассмотрены причины и механизмы развития ряда нервно-психических нарушений и отклоняющегося поведения у детей. На основе многолетней работы автора на консультативных приемах по лечению неврозов приведены рекомендации медико-педагогического воздействия для их устранения.

ми факторами, гипоксией или инфекционно-токсическими вредностями в период беременности, асфиксией в родах, тяжелыми инфекционными болезнями в первые месяцы жизни. Его развитию способствует эгоцентрическое или тревожно-мнительное воспитание. Первый вариант психического инфантилизма — истинный, или простой (по В. В. Ковалеву), — базируется на задержке развития лобных долей головного мозга, обусловленной описанными объективными факторами и неправильным воспитанием. В результате у ребенка задерживается формирование понимания норм поведения и общения, выработка понятий «нельзя» и «надо», чувства дистанции в отношениях со взрослыми, задерживается созревание способности верно оценивать ситуации, когда следует соответственно их изменениям менять и поведение, а также способности предвидеть развитие событий и, стало быть, возможные опасности и угрозы. Дети с простой формой психического инфантилизма по поведению оцениваются младше своего истинного возраста на 1–2 года, и при поступлении в детский сад возникает потребность поместить такого ребенка в младшую группу, а при достижении им школьного возраста оставить малыша «на дозревание» в детском саду.

Психический инфантилизм — это не общая задержка умственного развития. При его наличии дети осваивают фразовую речь в обычные сроки и даже раньше, задают вопросы и рисуют в полном соответствии с возрастными нормативами, своевременно осваивают чтение, счет, психически активны и даже бойки. Они нередко высказывают оригинальные мысли, свежо воспринимают природу. Родителей и воспитателей дошкольных учреждений смущают их наивность, несоответствие их поведения возрасту и неприспособленность к реальности. Они не то чтобы не способны обдумать свои поступки, они, скорее, просто не задумываются над ними. Живость психически инфантильного ребенка — не расторможенность, а скорее жизнерадостность, бьющая через край эмоциональность 2–3-летнего ребенка, хотя ему уже 4–5 лет. Их неосмотрительность, неосторожность — результат не умственного отставания, а наивности ребенка, который не представляет, что его можно обидеть. Они добры и не ожидают зла. Их манера воль-

ного обращения со взрослыми не от грубости и бесцеремонности, а от щенячьей радости жизни и той же безоглядной живости, когда отсутствует представление о том, что можно, а что нельзя. Психически инфантильные дети наивно предлагают взрослому побегать и поиграть с ними, порадоваться, не понимая, что маме и бабушке не до этого. Они во всем следуют от себя, от своего восприятия жизни. Поэтому они неизменно и безмятежно веселы, шаловливы, а если всплакнули, то на миг, не помня зла. Их детскость подкупает взрослых и как-то сама собой подводит к воспитанию психически инфантильных по эгоцентрическому типу, к любованию непосредственностью «малышки», «крошки» до тех пор, пока реальность, необходимость их адаптации в детском саду или в первом классе школы не отрезвляет родителей, побуждая проконсультировать ребенка у психиатра. Таких детей занянчили в младенчестве и не заметили, на какой непростительно долгий срок затянулся этот период. И инфантильные дети не хотят взрослеть и даже говорят сюсюкая. Они знают, что такое будущее, но оно для них как бы не существует, они как бы застряли в настоящем.

«Нельзя» и «надо» инфантильные дети не воспринимают, а горький плач столь «маленьких» так обезоруживает взрослых, что и время развития этих основополагающих понятий оказывается упущенным. Спыхватываются тогда, когда требование выполнять «нельзя» и «надо» вызывает у инфантильного ребенка уже недоумение, обиду и, естественно, бурный протест. И он капризно требует того, что нельзя, не приемлет то, что надо, и желает, чтобы все было, как он хочет. Инфантильные дети добры, но результат их развития таков, что они не понимают, когда можно пошалить, а когда нельзя, так как в семье неприятность или горе.

Сверстники подходят к ним как к равным, но общения не получается, ибо инфантильные в поведении, навыках и умениях выглядят явно младше развивающихся нормально. Естественно, такие дети крайне несамостоятельны и ничего не умеют, потому что все, что требует навыков, усилий, делалось и делается за них. Они не только одеваться, но и есть самостоятельно не желают, их воспитательница в детском саду не знает, плакать ей или смеяться, — 4-летнего ребенка впору брать

на руки. Врожденная или приобретенная в первые месяцы жизни тенденция к инфантильности, в таком случае, не преодолевалась воспитанием, а, напротив, развивалась и закреплялась. И вот результат: инфантильному ребенку пришло время идти в школу, а он не готов к ней. Однако возраст есть возраст, требования к нему определены, и ребенка с психическим инфантилизмом отправляют в его возрастную среду, где он сталкивается с реальностью и вначале удивляется, а потом огорчается — тяжело, до истерического невроза.

Для инфантильных детей характерна богатая природная эмоциональность, но она не обогащается параллельным развитием качеств истинного ума, которые обеспечивают полноценную ориентацию и социализацию, а потому не достигает уровня зрелых чувств. Они неподдельно радуются, гnevаются, печалятся, симпатизируют, испытывают страх — и все это бурно, через край. Их мимика, как и жестикация, жива, выразительна. Но они не знают глубокой любви, истинной печали, настоящей тоски. Им неведомы тревожность и застенчивость. Удручает отсутствие у них эмоциональной сдержанности. В них нет эмоциональной основательности, чтобы плакал, так плакал, а радовался, так уж радовался.

Их эмоциональность — как летний дождик: и капает, и солнышко, а в результате — ни того, ни другого. Более всего у инфантильных детей страдает волевое начало. Задержка развития лобных долей головного мозга с их функцией долговременного целеобразования и планирования предопределяет и тенденцию к задержке формирования воли. Неправильное воспитание усугубляет инфантильность волевого фактора у таких детей. Какая уж тут воля, если ребенку до 5–7 лет неведомы серьезные усилия в преодолении трудностей. Волевой компонент заложен в темпераменте, но и эту его сторону, как и прочие, полезные, не развили. И волевое начало у инфантильного ребенка так и не разовьется, если не принять мер к перевоспитанию.

Таким образом, в возникновении психического инфантилизма зримо прослеживается взаимосвязь биологических и микросоциальных причин, которые порождают детскую нервность или трудность.

Второй вариант психического инфантилизма — общая психофизическая незрелость по инфантильному типу (гармонический инфантилизм, по Г. Е. Сухаревой). Предпосылки и причины его те же, что при первом варианте. Однако незрелость во втором варианте касается не только психического, но и физического развития. Ребенок не только ведет себя как более младший по возрасту, но и выглядит в 5 лет как 3-летний. Он рождается с небольшими массой тела и ростом, миниатюрен. Это «мальчик-с-пальчик» или «девочка-дюймовочка». Таких детей и называют уменьшительными именами: «гуленька», «зайчик», «рыбка». Ребенок с этим вариантом психического инфантилизма грациозен, подвижен, но слаб и хрупок. Не отставая в психомоторном и психоречевом развитии, он своевременно осваивает все навыки и умения, рисование, счет и чтение; часто он музыкальный, эмоционально живой, но у него, как и в первом варианте, задерживается дозревание высших ориентационных функций. Время идет, а ребенок не готов к общению со сверстниками и нестерпимо несамостоятелен. Его хрупкость, миниатюрность вызывают тревогу у родителей. У него плохой аппетит, и он часто болеет в отличие от детей с первым вариантом психического инфантилизма. Он шалун, но в меру, часто тихоня. Он не требователен и не капризен, ласков и послушен. Такой ребенок не изматывает родителей, а вызывает щемящую жалость. И его воспитание, как правило, приобретает тревожную направленность. В детском саду воспитательница оберегает его. Это не вызывает у него протеста, поскольку он опасается сверстников. Учительница водит такого ребенка за руку, не отпускает от себя, невольно снижает требования к нему. Все принимают его детскость, и даже сверстники охотно играют с ним, отводя ему роль маленького, проецируя на него зарождающийся родительский инстинкт, защищают, утешают, если он плачет, и ребенок принимает отводимую ему роль. Она удобна и приятна. Он не хочет взрослеть и в школьные годы. Если события развиваются в таком же направлении, он, и став взрослым, продолжает играть ту же роль. И тогда речь идет о мужчине-сыне, женщине-дочери уже в брачных отношениях, когда его опекает жена, ее — муж. У психически инфантильного по второму варианту нет чувства несостоя-

тельности. Он принимает себя таким, каков он есть. Соответственно у него редко развивается невроз. Тревожное воспитание закрепляет его инфантильность, и, защищенный особым к себе отношением, он не тревожен. Между тем правильное воспитание может увести от инфантильности. В таком случае чуть позже, к 6–8 годам, у ребенка созревают высшие психические функции, он приобретает качества мужественности и после завершения полового созревания отличается от сверстников только малым ростом и миниатюрностью при физической крепости и нормальном здоровье. Психически инфантильного по второму варианту ребенка не торопят с развитием. Он будет следовать за сверстниками, отставая от них примерно на год, и к началу учебы в школе догонит их. Физическую же слабость и малый рост компенсирует развитие ловкости. И вновь мы видим — воспитание решает все. Необходимы только терпение, любовь и мудрость родителей.

Совершенно недопустим третий вариант психического инфантилизма. Ребенок рождается психически и физически здоровым, но, защищая его от жизни, искусственно задерживают его социализацию эгоцентрическим или тревожно-мнительным характером воспитания. Подобное чаще всего бывает у родителей, страстно мечтавших о ребенке, истосковавшихся в ожидании его. И вот шестеро взрослых любят и тешатся одним младенцем. Самый интересный детский возраст — от 2 до 3 лет. И родители неосознанно хотят задержать ребенка в нем, хотят и преуспевают в этом. Третий вариант психического инфантилизма целиком обусловлен неправильным воспитанием, когда здорового сделали незрелым и развитие лобных функций мозга искусственно задержали. Инфантилизм в таком случае культивируют изнеживанием и гиперопекой, от сверстников и жизни ребенка отгораживают. За ребенка думают и все за него делают родители, они же убирают препятствия с его жизненного пути и, что бы он ни сделал, все ему прощают. А он, не ведая ни о чем, идет навстречу жизни, и встреча эта не сулит ему ничего хорошего. Дело осложняется тем, что, как уже подчеркивалось в предыдущих главах, психическое развитие следует жесткой программе и упущенное по возрасту во многом оказывается упущенным навсегда. У ребенка не

было объективных данных для преодоления инфантилизма, его вызвали искусственно. В результате после 5,5 лет ребенок уже инфантилен объективно, как если бы ему повредили мозг. В первых двух вариантах начиналось с повреждения, в третьем — кончается им. Третий вариант хуже первых двух, хуже и прогноз, тяжелее его преодоление.

В конце концов родители впадают в панику. Крупный и внешне ни в чем не уступающий сверстникам ребенок на уроке извлекает из портфеля игрушку и забавляется ею; встает, не обращая внимания на запрет учительницы, и идет к двери; разговаривает с соседом и просится к маме. Дома он стремится только играть. Он эгоистичен и не признает отказа ни в чем. Состояние родителей он попросту игнорирует. Он капризен, требователен и истеричен. Его детскость уже никого не радует, и родители умоляют: «Доктор, помогите!». А доктору грустно. Перед этой семьей были другие пациенты с тяжелыми врожденными или возникшими по не зависящим от родителей причинам заболеваниями. В этих случаях следует лечить и помогать беде, а тут сами родители здорового ребенка превратили в больного. При третьем варианте психического инфантилизма возможен путь в истерический невроз.

Все вышесказанное — серьезное предупреждение тем родителям, бабушкам и дедушкам, которые поощряют инфантильное развитие своих детей и внуков. Пресловутое сюсюканье, восхищение детскостью «милой малютки», сверхопека, воспитание трехлетних, как полутрехлетних, а пятилетних, как трехлетних, чреватые тяжелейшими последствиями. В угоду эгоистическим тенденциям, наслаждению детством «дорогой крошки» приносится в жертву будущее человека.

Ребенка, который родился с психическим инфантилизмом или приобрел его в связи с неблагоприятными воздействиями в первые месяцы жизни, лечит врач-психоневролог. Лечение должно способствовать созреванию высших нервно-психических функций. По показаниям его консультируют у врача-эндокринолога.

Главное же в преодолении психического инфантилизма — правильное воспитание. Усилия направляются прежде всего на социализацию ребенка. Подчеркнуто, настойчиво оттеня-

ются понятия «надо», «можно» и «нельзя», «хорошо» и «плохо». Соблюдение с первых месяцев жизни режима сна, бодрствования, вскармливания в данном случае важно еще и как дисциплинирующее, социализирующее ребенка воспитание. Ребенку настойчиво разъясняют последствия его ошибок, шалостей. Ему предоставляют самостоятельность и позволяют ушибиться, чтобы дать возможность прочувствовать, когда и отчего бывает больно. Такого ребенка постоянно побуждают преодолевать посильные трудности, непрямо помогая и радуясь вместе с ним его победам. Радость эти дети любят, остается только доказать им на практике, что она заключается в преодолении и в достижении результата, цели. Инфантильного ребенка своевременно, не щадя усилий, обучают навыкам и умениям. И это в данном случае не только необходимо для обыденной жизни, но и является путем к преодолению психического инфантилизма. Инфантильный ребенок стремится к детям младше себя, а его следует побуждать к общению со сверстниками, помогая равноправно сотрудничать с ними, улаживать конфликты. Чрезмерность проявления эмоций мягко гасится; взрослые воспитывают в нем углубленную эмоциональность, особенно отзывчивость.

Воздействие родителей на психически инфантильного ребенка реализуется через игру. С ним играют во все, что встречается в жизни ребенка его возраста. Играют, например, в «детский сад», где он в роли воспитателя, а отец — в роли непослушного ребенка. В игре отрабатывают навыки, необходимые для успешной адаптации в детском саду. С ним обыгрывают саму детскую игру, готовя к играм со сверстниками. В совместной игре высмеиваются безалаберность, неорганизованность, непродуманность последствий поступков и сами неразумные поступки, эгоизм. В игре ставится цель, разрабатываются планы ее достижения, в игре же она реализуется.

Если, несмотря на все прилагаемые усилия, инфантильный ребенок окажется неготовым к школе к 7 годам, лучше задержать такого ребенка на год в подготовительной группе детского сада и в 8 лет отправить в школу со сформировавшейся позицией школьника, чем скомкать начало школьного обучения, а возможно, и все обучение в целом.

Гипердинамический и гиподинамический синдромы

В основе гипердинамического и гиподинамического синдромов — микроорганические поражения головного мозга, которые возникают в результате кислородного внутриутробного голодания головного мозга, микрородовой травмы и приводят к минимальной мозговой дисфункции (ММД). Отсутствуют грубые органические, очаговые повреждения, но есть множество микроповреждений коры и подкорковых структур головного мозга. Уже в первые дни, еще в родильном доме, отмечают, что ребенок беспокоен или вял, и первое его кормление обычно откладывают на 2–3 сут. Это часто бывает с крупным новорожденным и ребенком, родившимся при затяжных или стремительных родах. Поскольку грубых очаговых нарушений в головном мозге в таких случаях нет, в выписной справке роды и состояние новорожденного оцениваются чаще всего как вполне благополучные, а последствия ММД проявляются несколько позднее. У каждого 5–6-го ребенка отмечается ММД.

Опишем вначале проявления более часто встречающегося **гипердинамического синдрома**. Основные его признаки — отвлекаемость внимания и двигательная расторможенность, которая проявляется с первых месяцев жизни, когда гипердинамичного ребенка не удержать в руках, как и невропатичного. Сказать о гипердинамичном, что он непоседлив, — значит не сказать ничего. Он подвижен, как ртуть. Не уследили — и он где-то наверху, откуда его можно снять только с помощью пожарной лестницы. Проникая во все щели, проваливаясь во все ямы, лазая по всем закоулкам, исследуя все чердаки и подвалы, за все задевая и все опрокидывая, набивая себе синяки и шишки, носится он день-деньской по квартире, по двору, а без надлежащего надзора — и по улицам. Именно гипердинамичный ребенок чаще всего совершает побег из детского сада, но не умышленно, а потому, что обнаруживает случайно открытую калитку или щель в заборе. Естественно, львиная доля несчастных случаев происходит с ним. Его руки в постоянном движении: что-то мнут, обрывают, вертят пуговицы, отковыривают краску на стене. На месте ему не усидеть. Он даже стоит, переминаясь с ноги на ногу, и кажется, что еще

миг — и он сорвется с места, умчится на край света. Ест он стоя, на стуле ему не усидеть. Он весь извертится, даже играя, слушая сказку, глядя на экран телевизора. Иной раз думается, что он так и не научится сидеть, как и не верится, что он будет спокойно ходить, а не бегать.

Одни из гипердинамичных детей особенно несносно ведут себя с утра, другие — к вечеру, и тогда их не уложить спать. Они и в постели балуются и играют, засыпают, стоя на коленках и локтях, а уснув, сбивают простыню в комок, поскольку беспокойны и во сне. Те, что беспокойны с утра, засыпают мгновенно и спят как убитые. Но и о первых, и о вторых говорят: «Хороший, когда спит!». И родители переводят дух и чувствуют себя спокойно, лишь уложив такого ребенка и убедившись, что он, наконец, утомился.

Одежда и обувь буквально горят на гипердинамичном ребенке. Шапку, шарф, варежки, а потом и школьный портфель он постоянно теряет, и на него ничего не напасешься.

Гипердинамичный ребенок импульсивен, и никто не рискнет предсказать, что он сделает в следующий миг. Да и сам он этого не знает. У него все на коротком замыкании: увидел — схватил — побежал. Действует он, не задумываясь о последствиях, хотя плохого не замышляет и сам искренне огорчен происшествием, виной которого становится. Впрочем, чаще он полагает, что не сделал ничего плохого, поскольку не желал этого делать. И если гипердинамичный ребенок разбил вазу, то, по его мнению, она упала сама, потому что плохо стояла. Наказания он переносит легко, так как традиционные шлепки, укоры, отказы в просьбах не огорчают его. Гипердинамичный ребенок не помнит обиды, не держит зла и, хотя поминутно ссорится со сверстниками, тут же мирится с ними. Правда, иногда он чрезмерно вспыльчив, драчлив и тогда — не по-детски, а озлобленно, агрессивно, жестоко. В таких случаях у ребенка могут быть более грубое поражение головного мозга, повышенная судорожная готовность, что выявляется при электроэнцефалографическом исследовании.

От избытка чувств гипердинамичный ребенок не говорит, а кричит, доказывая, оправдываясь, споря. Это самый шумный ребенок в детском коллективе. Выбирает он только живые и подвижные игры, в которых все сводит к беготне. Он

всегда в центре любой потасовки. Ни одна «куча мала» не обходится без гипердинамичного ребенка. Извлеченный из самой ее середины, помятый, но счастливый шалун — это он, гипердинамичный. Одежда его от пота не просыхает, от постоянного перевозбуждения волосы у него стоят дыбом, глаза блестят и только что не выскакивают из орбит. У него много приятелей, поскольку он общителен, готов безоглядно на любую проказу, не хнычет, когда ушибается, и никогда не унывает.

И все-таки самая большая беда гипердинамичного ребенка — это отвлекаемость. Головка у него, как флюгер на ветру: то поворот в одну сторону, где что-то ненадолго привлекло внимание, то в другую. Заинтересовавшись чем-то, он забывает о предыдущем, ни одно дело до конца не доводит. Новые впечатления ведут его от одного увлечения к другому. Если он оказался на другом конце города — то, не ведая как, не помня пути, потому что шел сначала к необычной машине у парапета, затем — к яркой витрине, потом — к собравшейся по случаю толпе и в результате очутился в вокзальном пикете милиции, откуда поминутно звучит по радио: «Внимание, у кого пропал мальчик?».

Все привлекает его внимание, но оно ни на чем не задерживается, скользит с одного на другое: вот он смотрит телевизионную передачу, тут же переводит взгляд на муху на потолке, чтобы еще через секунду отвлечься разговором матери с бабушкой. На уроке в школе ему не сосредоточиться. На доску он смотрит урывками, и учительнице не удастся привлечь его внимания. Он не слышит ее объяснений, никогда не знает, что задано на дом. При письме гипердинамичный ребенок пропускает буквы, не дописывает слова и предложения. В простейших примерах он допускает нелепые ошибки, но не из-за отсутствия способностей, а чаще всего из-за крайней невнимательности и торопливости.

Гипердинамичный ребенок любопытен, но не любознателен. Он на все смотрит, но в результате ничего не видит. Если не заниматься его воспитанием, он таким и останется: не глупым, но и не умным по-настоящему. Поверхностными будут его знания, рассуждения, умозаключения, ибо и в мыслях он торопится, ни на чем не задерживаясь. Хаос в голове гипердинамичного ребенка сродни хаосу в его карманах и портфеле,

где в беспорядке перемешаны случайные и разрозненные предметы. Без должного воспитания он ограничится простыми вопросами «кто это?» и «что это?», «где?», «куда?» и «откуда?». Основополагающее «почему?» прозвучит, но гипердинамичный ребенок удовлетворится простейшими ответами, а вопросы «зачем?» и «что будет?» могут так и не возникнуть. В результате его ориентация сведется к поверхностным представлениям о предметах и людях, к упрощенному и конкретно заземленному знанию жизни, ограничится ближним пространством и суженной микросоциальной средой.

Пик проявлений гипердинамического синдрома — 6–7 лет с обратным развитием в благоприятных случаях к 14–15 годам. Однако проявления синдрома, очевидные у ребенка уже на первом году жизни, при неправильном воспитании начинают сокрушительно сказываться как раз с 13 лет и старше, определяя в таком случае судьбу уже взрослого человека.

Ни в каком другом случае детская трудность, выраженная в столь вопиющей расторможенности и отвлекаемости, не вызывает так много нареканий и жалоб родителей, воспитателей детских садов и учителей, как в этом. Гипердинамичному ребенку более всех грозит неприятие. Он способен вывести из терпения самых спокойных и ко всему привычных взрослых. Никого столько не укоряют, не стыдят, не одергивают, не наказывают, как его. В конце концов его убеждают, что ребенка труднее и бестолковее его нет на всем белом свете. В результате он ожесточается и разрушительно протестует. Ведь у таких детей пусть и незначительно, но повреждена нервная система — она повышенно возбудима. И такие дети склонны к агрессивной реакции на непрестанное одергивание и подавление их активности. Если сдерживание и подавление постоянны и ребенок «самый плохой», гипердинамичный ребенок становится лидером в группе трудных подростков с демонстративно отклоняющимся поведением, которые игнорируют учебу. В данном варианте ведущий признак — расторможенность. При безнадзорности, предоставленный самому себе, он может стать неустойчивым, которого несет, как щепку в реке, от беды к беде. Гипердинамичный ребенок в таком случае слепо следует за любой подростковой группой. В этом варианте на первый план выступает вытекающая из отвлекаемости поверхно-

стность личностных ориентаций. У некоторых из гипердинамичных детей, если их все-таки допекают порицаниями и наказаниями, без конца преследуют неудачи, формируется истерический невроз.

Итак, в синдроме гипердинамичности ведущее — отвлекаемость и расторможенность. С отвлекаемостью борются так же, как и при задержке умственного развития, настойчиво и последовательно. С расторможенностью начинают бороться еще до того, как ребенок пошел, и борются упорно, подчеркнуто прививая «нельзя» и «надо». Родители четко разграничивают целенаправленную активность и бесцельную подвижность. Гипердинамичному ребенку не устоять на месте — пусть не стоит, потому что таковы врожденные особенности его нервной системы. Но с того времени, когда он начинает ходить, а особенно — бегать, его двигательную активность следует направлять и организовывать. Организация двигательной активности — ключ к обузданию расторможенности. Бабушке с воспитанием такого ребенка не справиться, так как, направляя гипердинамичного ребенка, чтобы вести его, следует бежать впереди него или рядом, бежать, играя. Игра должна быть со смыслом, и тогда бег не будет бесцельным и превращается в целенаправленную активность.

Гипердинамичный ребенок нуждается в игре со сверстниками, но он невольно заводит на беготню и их. Тогда их всех переключают на быструю сюжетно-ролевую игру со смыслом. Пусть до изнеможения играет в футбол, хоккей, поскольку эти игры требуют организованности и подчинены цели — поразить ворота. Постановка цели, действия по плану для него буквально спасение — происходит превращение бесцельной подвижности в целенаправленную активность. И так будет до тех пор, пока целенаправленная активность не станет привычкой.

Гипердинамичный ребенок, как правило, физически крепок, у него часто круглая голова, короткая шея, широкие плечи. Именно поэтому он чаще подвержен родовой травме, а значит — чаще страдает ММД.

Его как можно раньше следует приобщать к занятиям спортом. В занятиях спортом он реализует чрезмерную энергию, силу, перевозбудимость. Но спорт еще и организует, в спорте первооснова — цель, и притом заманчивая. Тренер

для гипердинамичного ребенка не только педагог, но еще и врач.

Повзрослев, гипердинамичный ребенок сам научится стоять на месте, а вот к усидчивости следует его приучать как можно раньше. Его следует сажать за стол рядом с собой, когда он устал от беготни, занимая делом соответственно возрасту. Он строит, собирает, лепит, рисует. Пусть убедится, что эти занятия так же интересны, как и подвижная игра. Да, у него быстрые ножки, но у него и быстрый ум. И родители продолжают вводить гипердинамичного ребенка в русло целенаправленности, но уже за письменным столом. Он пытается, что-то вспомнив, все-таки вскочить, убежать, но родители непреклонны: «Сиди, доделай до конца». Вначале ему будет трудно, его придется буквально удерживать. Однако усидчивость в конце концов станет для него привычной. Придет время, и он сможет усидеть за партой весь урок, а школьной перемены ему хватит, чтобы набегаться всласть.

Расторможенность у гипердинамичного ребенка проявляется и в эмоциях. Его, как и любого ребенка, учат сдержанности, но только строже, настойчивее. Гипердинамичного ребенка не дергают постоянно, а действуют на него примером, добрым словом, внушением и убеждением. Пусть его эмоции будут проявляться бурно, но не грубо, в рамках дозволенного.

За проступки гипердинамичного ребенка наказывают. Наказание для него — только унылая неподвижность. Наказать гипердинамичного неподвижностью — значит усадить его на диван без всякого дела, без книги, без телевизора, вдали от окна. Он измается, извертится, но ему придется в бездейственности сидеть на диване до указанного срока, и такое наказание он запомнит.

Если гипердинамичный ребенок вначале что-то сделал, а потом подумал, с ним серьезно беседуют, беседуют взволнованно, так, чтобы эта беседа надолго сохранилась в его памяти. Взрослым известны случаи драматической встречи и разговора, которые приводят человека к переосмыслению своей жизни, оставляют неизгладимый след в памяти.

Ну а если ребенку уже 5–6 лет, а гипердинамический синдром сохраняется? В этом случае усилия по воспитанию внимания удваивают, утраивают. Другого пути нет. Режим, при

котором гипердинамичному ребенку не позволяют слоняться без дела, ужесточают. Бесцельное времяпрепровождение решительно пресекают. Влияние всепрощающих взрослых устраняют. Отец вплотную занимается сыном, мать — дочерью. Усиливается система поощрений и наказаний. Его усаживают на диван и не включают телевизор, чтобы посмотреть долгожданную передачу, пока он не соберет разбросанные игрушки или не вымоет чашку. Он будет торопиться и сделает как-нибудь — его заставят переделать как надо, пусть даже это повторится несколько раз. В семье в таком случае особенно недопустимы разногласия в воспитании. Семья выступает как один человек, требования всех ее членов едины. Естественно, родители обращаются за консультацией к психоневрологу, тем более что в причинах гипердинамичности следует разобраться у каждого конкретного ребенка. К 1-му классу школы проявления гипердинамического синдрома должны быть преодолены.

Среди страдающих ММД детей у каждого четвертого ребенка **гиподинамический синдром**. У ребенка с гиподинамическим синдромом в результате микрородовой травмы повреждены подкорковые структуры головного мозга, поэтому у него слаба стимуляция активности головного мозга из этих структур, и он как бы спит, он заторможен. Гиподинамичный ребенок малоподвижен и вял. Пососав грудь, он тут же засыпает. Он и плачет как-то вяло, как будто не надеясь добиться плачем чего-либо. Позднее гиподинамичный ребенок производит впечатление еще не проснувшегося, спящего на ходу. Его трудно чем-то заинтересовать и приходится постоянно тормошить, чтобы побудить что-то сделать.

У гиподинамичного ребенка и мышцы гипотоничные, вялые, ослабленные. Нередко он страдает от избыточной массы тела. Гиподинамичный ребенок неловок, его движения плохо координированы. Руки у него двигаются как бы сами по себе и при ходьбе неподвижно висят вдоль туловища. Складывается впечатление, что они ему только мешают. Такой ребенок избегает играть с детьми отчасти из нежелания, отчасти вынужденно — из-за неловкости, нерасторопности, неповоротливости. Унылая, несуразная фигура где-нибудь в уголке игровой комнаты детского сада или в школьном коридоре — это фигура гиподинамичного ребенка.

Так как мозг гиподинамичного ребенка как бы спит, он кажется умственно отсталым, и только мать знает, что он не глуп. Однако ей не верят, поскольку видят безучастное лицо ребенка и в разговоре он или не участвует, или отвечает на вопросы вяло, односложно, не вдумываясь, лишь бы отделаться от докучливого собеседника. Плохая успеваемость огорчает его только потому, что огорчена мать. В школе его называют тюфяком. Самая большая его мечта — сидеть за задней партой, быть не замечаемым никем, чтобы его оставили в покое, не вызывали к доске. Уроков физкультуры он избегает всеми возможными способами, потому что на них особенно очевидна его неловкость и именно на этих уроках он становится объектом насмешек сверстников. Он вял не только физически, но и эмоционально и умственно.

Гиподинамичный ребенок затаенно переживает постоянные насмешки, его задерживают, потому что постоянно тормозят, и у него в таком случае развивается невроз (неврастения).

У такого ребенка ретикулярная формация мозга оказывает недостаточное стимулирующее влияние на кору мозга, и родители восполняют этот дефицит стимуляцией извне. На него не следует кричать, его нельзя тормозить без толку, а необходимо заинтересовать чем-нибудь. Интерес в данном случае решает все. Если это делается по-доброму, ненавязчиво, с учетом его состояния в данный момент, гиподинамичный ребенок постепенно оживает. Он крутит педали велосипеда, если с ним рядом отец, и лежит возле велосипеда, если предоставлен себе. С ним много ходят, чтобы и активизировать, и развить физически. Ведь в спортивной секции, где он непременно станет объектом насмешек, ему делать нечего. К более быстрой реакции его побуждает личным примером находящийся рядом с ним взрослый, действуя так, чтобы гиподинамичный ребенок был вынужден успевать. С ним играют в мяч в максимально сильном для него темпе. Темп навязывается характером самой игры (футбол, хоккей — для мальчика; скакалка, игра в пятнашки — для девочки) или целью: «Закончим дело, пойдем в зоопарк». С ним играют в игру «подбор слов», когда следует быстро подобрать слово, начинающееся с последней буквы предыдущего слова. Он незаметно вовлекается в игровое соревнование и, стараясь не отставать от других, будет иметь

стимул действовать быстрее. Родители развивают его ловкость, заставляют его больше двигаться, соблюдать диету, борются с излишней массой тела, чтобы он не стал мишенью для насмешек, чтобы у него не возникло чувство несостоятельности как основа невроза.

У детей с ММД иногда отмечается дизартрия — грубые нарушения в произнесении звуков («каша во рту»), и они не выговаривают многие из них. В школе обнаруживается дисграфия — плохой почерк, пропуск в письме гласных или согласных букв, замена одних букв другими, зеркальное их написание. Неудовлетворительные оценки по письму — прямо-таки «симптом» ММД. В 4–5-х классах дети с ММД недостаточно успевают по математике. Однако упорная тренировка помогает преодолеть и эти последствия ММД. Помощь невропатолога и психиатра в таких случаях крайне необходима.

Борьба с последствиями ММД, синдромами гипер- и гиподинамичности — убедительный пример того, как весьма неблагоприятный биологический фактор детской трудности может быть купирован, преодолен настойчивыми воспитательными воздействиями, если они своевременны, продуманны и добры.

И. А. Юркова

О НЕКОТОРЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЯХ ПСИХИЧЕСКОГО ИНФАНТИЛИЗМА¹

Наше сообщение касается той группы детей с задержанным темпом психического развития, клиническая картина которой является наиболее очерченной и определяется многими как

¹ Печатается по изд.: Дети с временными задержками развития / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М.: Педагогика, 1971. — С. 25–31. В статье рассматриваются вопросы клинического и психологического изучения детей с психическим инфантилизмом, испытывающие трудности в обучении.

состояние психического инфантилизма, т. е. речь идет о детях с чертами незрелости, с теми особенностями психического и физического развития, которые свойственны детям более младшего возраста.

Динамическое изучение детей с психическим инфантилизмом показало неоднородность этой группы в клиническом отношении, что может быть обусловлено различными этиологией и патогенезом инфантилизма. У одних детей развитие с годами достигает соответствующего возрастного уровня, у других — состояние психического инфантилизма остается более стойким, а следовательно, лечебные и педагогические мероприятия должны быть различными.

Проведенные исследования позволили нам выделить два варианта психического инфантилизма.

При первом варианте задержка темпа развития обусловлена главным образом такими вредностями, которые оказывают токсическое влияние на организм ребенка или вызывают тяжелые расстройства питания. К таким вредностям относятся в первую очередь рахит, длительные кишечные расстройства, последовательно протекающие инфекции, алкоголизм родителей. Именно эти причины большинством авторов считаются наиболее существенными в развитии инфантилизма.

В дошкольном возрасте влияние этих вредностей сказывается главным образом в таких симптомах, как задержка физического развития, повышенная возбудимость, плаксивость, нарушение сна и аппетита. Признаки незрелости психики выявляются чаще всего в возрасте 7–8 лет, при начале обучения в школе, когда дети оказываются несостоятельными в учебной деятельности: не понимают своих обязанностей в классе, не испытывают чувства ответственности перед школой и перед педагогом. Из-за отсутствия интереса к занятиям, отсутствия способности к целенаправленной деятельности, из-за относительной слабости мыслительных процессов с трудом усваивают школьный материал и часто не могут освоить программу 1-го класса массовой школы. Занятиям в школе мешают повышенная двигательная активность, быстрая пресыщаемость, неспособность к напряжению, что также свойственно детям более младшего возраста.

Интересы этих детей в 7–8 лет соответствуют дошкольному возрасту, основной формой деятельности остается игровая. К классным занятиям, к беседе с врачом, к эксперименту исследователя они относятся как к игре. В классе не расстаются с игрушками, занятиям предпочитают шумные подвижные игры с детьми более младшего возраста, высказывают желание остаться в детском саду и не ходить в школу.

Особенности эмоциональной сферы этих детей также говорят о незрелости психики. Отмечается большая живость эмоций (дети приветливы, доверчивы, добродушны, ласковы, всегда оживлены, легко откликаются на все занятия, которые вызывают у них удовольствие), но вместе с тем поверхностность их (нет стойких привязанностей к взрослым). Например, будучи в детских учреждениях, дети при свидании с родителями легко с ними расстаются, если их зовут играть или предлагают гостинцы. Они быстро забывают обиды, легко переключаются с одного переживания на другое, проявляют несамостоятельность в деятельности, легкую внушаемость, в поведении и играх следуют за другими детьми.

Психической незрелости соответствуют и признаки задержки физического развития: пропорции тела, рост детей соответствуют более младшему возрасту, у многих отмечается задержка роста зубов.

Таким образом, при первом варианте психического инфантилизма клиническая картина почти полностью исчерпывается лишь признаками незрелости психофизического развития. Такие синдромы остаточных явлений после перенесенных заболеваний, как астенический синдром аффективной возбуждемости, у этих детей не играют ведущей роли.

Мы проследили динамически тех детей с психическим инфантилизмом, которые в связи с неуспеваемостью в 1-м классе были направлены на стационарное лечение. При проведении соответствующей терапии — общеукрепляющей и стимулирующей, а главное, при щадящем учебном режиме с учетом индивидуальных особенностей — дети становились целенаправленнее в занятиях и проявляли возможность более продуктивно усваивать учебный материал. В дальнейшем, дублируя 1-й класс, они могли продолжать обучение в массовой школе,

исчезала выраженная детскость поведения и свойственная ребенку двигательная расторможенность, хотя некоторая беспечность, несамостоятельность в действиях, внушаемость, ограниченность интересов оставались и при катамнестическом обследовании в возрасте 11–12 лет.

Все же, учитывая заметное уменьшение признаков незрелости психики, выравнивание уровня познавательных процессов, этот вариант психического инфантилизма правомерно было расценить как временную задержку развития с благоприятной динамикой.

Этим детям доступно обучение по программе массовой школы, однако надо учитывать, что именно в первые годы обучения созревание ребенка идет особенно медленно, требуется облегченный учебный режим, проведение соответствующей терапии, возможность прохождения программы 1-го класса за более длительный срок. Такие условия обучения могли бы быть осуществлены, по-видимому, в условиях специальных санаторно-лесных школ. Санаторно-лесные школы для детей-психоневротиков имеются в Москве и некоторых областях РФ, но в целом вопрос об организации таких школ остается еще открытым.

При втором варианте психического инфантилизма клиническая картина оказывается более сложной. Нарушение развития таких детей обусловлено рядом вредностей, перенесенных ребенком в раннем детстве, наряду с длительными истощающими заболеваниями у этих детей отмечаются и более грубые этиологические факторы (длительная асфиксия при родах, инфекции, протекавшие с мозговыми явлениями). Патогенное влияние этих факторов сказывалось уже на раннем этапе развития детей: задерживались сроки развития моторных навыков, становление речи шло медленно, были выраженными аффективная возбудимость и двигательное беспокойство.

Как и при первом варианте, черты незрелости психики выявляются в период начала обучения в школе, т. е. в 7–8 лет, когда из-за невозможности усвоить программу 1-го класса дети направляются к психоневрологу. Однако наряду с признаками психофизического инфантилизма здесь отчетливо выступают и симптомы резидуального состояния после перенесенного органического поражения центральной нервной системы.

Выражена рассеянная неврологическая симптоматика в виде нарушения конвергенции, нистагма, асимметрии лицевых нервов, повышения и неравномерности сухожильных рефлексов.

Отчетливо выявляется цереброастенический синдром. При интеллектуальной нагрузке, при шуме, в душном помещении возникают головные боли. Повышенная утомляемость в классе сказывается либо в повышении суетливости, расторможенности, либо в появлении вялости и пассивности, вплоть до засыпания во время занятий. Относительно спокойные с утра, дети становятся возбужденными, расторможенными к вечеру, что также объясняется повышенной утомляемостью. У некоторых выявляются элементы назойливости, повышенное, с оттенком эйфории настроение, сочетающееся с раздражительностью и вспыльчивостью. Некоторым детям свойственны склонность к аффективным разрядам, неуживчивость, драчливость.

Интеллектуальная деятельность детей данной группы нарушена грубее, чем при первом варианте психического инфантилизма. С одной стороны, за счет выраженной двигательной расторможенности, отвлекаемости и утомляемости; с другой — из-за жалоб на снижение памяти. Особенные затруднения выявляются при целенаправленном запоминании ряда предложенных слов, имен окружающих.

Отмечается также относительно низкий уровень процессов обобщения и отвлечения. В конкретно-наглядном материале дети разбираются вполне удовлетворительно, но у них мал запас обобщающих терминов, они не могут объяснить значение отдельных отвлеченных понятий. Сравнение предметов на основе их сходства и различия вызывает большие затруднения, хотя при наводящих вопросах ответы улучшаются. При предъявлении серии последовательных картинок дети находят логическую связь только между теми картинками, которые наиболее близки к привычным для них ситуациям. Многие из этих детей не могут в период первого года обучения научиться считать отвлеченно.

В игровой деятельности и в рисунках у них отмечается слабость творческой инициативы, воображения и фантазии; игры и рисунки мало разнообразны и бедны по содержанию.

Как видно из приведенных клинических данных, возникает необходимость дифференцировать второй вариант психического инфантилизма от олигофрении.

Можно выявить признаки, которые помогают проведению дифференциального диагноза: у детей с психическим инфантилизмом значительно более сохранными остаются эмоциональные реакции, отмечается известная психическая живость. Дети проявляют любознательность, интересуются окружающим, задают вопросы о незнакомых предметах и явлениях; они умеют быстро ориентироваться в окружающей обстановке. Попадая в новый коллектив, они легко завязывают контакт с детьми и взрослыми, они наблюдательны, замечают все события, могут сделать меткое замечание по поводу поступка кого-либо из детей или взрослых. При обследовании эти дети охотно, живо и быстро отвечают на вопросы врача, могут понять ироническое замечание или шутку, сказанные в их адрес. Проявляют интерес к обследованию, заинтересованы в хорошей оценке их ответа, используют помощь исследователя, чтобы правильно выполнить задание, переносят опыт выполнения одного задания на выполнение другого. Для качества ответов большое значение имеет эмоциональный стимул: при большой заинтересованности результаты выполнения заданий значительно повышаются.

При катamnестическом обследовании выявилось, что динамика развития этой второй группы детей с психическим инфантилизмом оказалась неблагоприятной. Несмотря на пребывание в лечебном учреждении и проведенное соответствующее стимулирующее лечение, интеллектуальная деятельность этих детей не становится более продуктивной, в условиях массовой школы отсутствует продвижение в обучении. К 11–12 годам признаки перенесенного органического поражения головного мозга, а именно головные боли, истощаемость, чрезмерная двигательная расторможенность, становятся менее выраженными.

Уровень логических процессов далеко не достигает возрастных пределов. Проявления инфантильности психики остаются стойкими. При катamnезе отмечается отсутствие интереса к целенаправленной деятельности, несамостоятельность в действиях, внушаемость. Дети нуждаются в постоянной сти-

муляции со стороны педагога, так как не любят самостоятельно работать, отвлекаются на посторонние занятия, охотнее выполняют лишь то, что не требует напряжения в работе.

Таким образом, при 2-м варианте психического инфантилизма, когда психический инфантилизм является лишь одним из проявлений органического поражения мозга, трудно говорить о временной задержке развития. Речь идет о своеобразной и более стойкой форме интеллектуальной недостаточности, поэтому значительно труднее решить вопрос и о необходимых лечебно-педагогических мерах в отношении этих детей. В условиях массовой школы эти дети практически необучаемы. Возможности усвоения нового у них несколько выше, чем у детей-олигофренов, обучающихся во вспомогательной школе. Правомерно поэтому ставить вопрос об организации особых классов или же особых школ с облегченной по сравнению с массовой школой программой. Решение этого вопроса требует проведения специального исследования.

И. П. Брызгунов

ВАШ РЕБЕНОК СВЕРХПОДВИЖЕН¹

В последние годы становится довольно острой проблема так называемых расторможенных, ни секунды не сидящих на месте детей. И если еще несколько лет назад в начальных классах их было по одному-два на класс, то сейчас — до десяти и более.

Своим поведением расторможенные дети в полном смысле индуцируют, возбуждают класс, затрудняют проведение

¹ Печатается по изд.: *Брызгунов И. П.* Беседы о здоровье школьников: Кн. для учителей и родителей. — М.: Просвещение, 1992. — С. 5–14. В книге дается информация учителям и родителям о функциональных заболеваниях в детском возрасте и принципах профилактики. Показана роль родителей и учителей в сотрудничестве с медицинскими работниками в решении комплексной программы оздоровления ребенка.

учебных занятий. Никому от них житья нет: ни одноклассникам, ни педагогам, ни обслуживающему персоналу. А о родителях и говорить не приходится, поскольку именно на них и замыкаются все издержки поведения их питомцев. С учебой у таких детей не все гладко, и многие педагоги склонны объяснять это недостаточным интеллектом. До сих пор многие педагоги, да и часть врачей оценивают такое поведение как пороки воспитания.

При этом мало кто задумывается, что же в конечном итоге происходит с такими ребятами. Не имея больших успехов в учебе, получая бесконечные замечания за свое поведение в школе и дома, они, вслед за учителями, считают себя совершенно никчемными, абсолютно неисправимыми, постепенно свыкаясь с этой мыслью. В результате складываются условия для трансформации в психопатическую личность и, более того, для возникновения случаев правонарушений, антисоциальных поступков.

В последнее время двигательная расторможенность в сочетании с другими симптомами стала рассматриваться как болезнь. Информацию о ней должны иметь и учителя, и родители.

Среди детей с расстройствами поведения медики выделяют особую группу страдающих незначительными функциональными нарушениями со стороны центральной нервной системы. Эти дети мало чем отличаются от здоровых, разве что повышенной активностью. Однако постепенно отклонения отдельных психических функций нарастают, что приводит к патологии, которая чаще всего называется «легкая дисфункция мозга». Есть и другие обозначения: «гиперкинетический синдром», «двигательная расторможенность» и т. д. Но суть всех названий в одном — такое заболевание есть, его необходимо выявлять и проводить соответствующее лечение. И самое главное не в том, что гиперактивный ребенок создает проблемы для окружающих детей и взрослых, а в возможных последствиях этого заболевания для самого ребенка.

По данным многочисленных исследований это заболевание встречается довольно часто — от 2 до 20 %.

В последнее время интерес к этой проблеме значительно возрос. Врачи сталкиваются с лавиной публикаций в периоди-

ческой медицинской литературе, посвященной легкой дисфункции мозга. Если в конце 50-х годов публикаций на эту тему было порядка 30, то к 1980 г. их число возросло до 7000. Эти публикации дают информацию медицинским работникам и массовому читателю о причинах заболевания, различных методах лечения и профилактики, педагогических проблемах.

Следует подчеркнуть две особенности заболевания. Во-первых, чаще всего им страдают дети в возрасте от 6 до 12 лет и, во-вторых, у мальчиков оно встречается в 9 раз чаще, чем у девочек.

Признаки заболевания следующие: повышенная двигательная активность ребенка, перцептуально-двигательные нарушения, эмоциональная лабильность (неустойчивость), общие нарушения координации, нарушение внимания (невозможность длительной концентрации внимания), импульсивность, нарушение памяти и мышления, специфическая неспособность к учебе в отношении какого-либо предмета (арифметика, письмо, чтение); нарушение речи, произношения, слуха, наличие минимальных неврологических изменений и изменений на электроэнцефалограмме (запись биотоков мозга).

Все вместе перечисленные признаки заболевания встречаются далеко не всегда. Кроме того, есть ряд заболеваний, сходных по симптомам с легкой дисфункцией мозга, но таковыми не являющимися.

Поэтому диагноз «легкая дисфункция мозга» ставит только врач.

Теперь более подробно о встречающихся симптомах заболевания. Нарушение двигательной активности в основном выражается в состоянии *гиперактивности*, когда ребенок находится в постоянном движении, переходит от одного объекта к другому или просто чрезвычайно беспокоен и суетлив, или в *гипоактивности* (что наблюдается довольно редко), когда ребенок замедлен в движениях, в мышлении, разговоре. Гиперактивность может также проявляться многоречивостью, дезорганизацией мышления, наблюдаются тики, гримасничание, повышенный тремор (дрожание) пальцев рук.

У некоторых детей гиперактивность, повышенная возбудимость, импульсивность проявляются с раннего детства. Импульсивность, эмоциональная неустойчивость, агрессив-

ность в дальнейшем часто ведут к конфликтам в семье, школе. Эмоциональные нарушения характеризуются выраженной лабильностью, недостаточным контролем над эмоциями, быстрой их сменой.

Нарушаются зрительно-двигательная координация, внимание. Ребенок не может сконцентрировать внимание на длительный период времени при выполнении домашних заданий, в классе. Это наблюдается также при чтении, письме и рисовании. Психологи о таких детях говорят *flow* — «по течению». Мышление у них беспорядочное, в основном конкретное; отмечается недостаточная способность к абстрактному мышлению. Как показывают психологические исследования, у детей с легкой дисфункцией мозга выявляются сниженный запас слов, скудость излагаемого, неточность в определении понятий и видовой дифференциации, пониженная способность абстрагирования.

У ребенка часто возникают трудности с такими абстрактными понятиями, как время и пространство; у него плохая память как на короткий, так и на длительный период времени.

Указанные нарушения могут влиять на умственные способности детей. У некоторых наблюдаются нарушения речи — замедленность развития, неправильность, возможно легкое нарушение слуха.

Изменения в речи тесно связаны с функциональной незрелостью центральной нервной системы и недостаточной общей воспитательной стимуляцией, т. е. недостаточным использованием воздействия на зрительный, слуховой, кинетический анализаторы ребенка. Восполнить этот пробел в нормальном развитии ребенка может педагог.

Психологические исследования, проведенные на большой группе детей с легкой дисфункцией мозга, обнаруживают признаки невротизации, главным образом беспокойство, повышенную утомляемость, нарушение сна, невротические навыки в сочетании с инфантильным поведением. Отсюда нарушения в поведении, отставание в учебе, что значительно осложняет жизнь ребенка.

Нарушение общей координации проявляется в том, что дети выглядят неуклюжими, неловкими. Наблюдаются нарушения

координации движений пальцев, неспособность стоять на одной ноге (симптом Ромберга), выполнять не только тонкие мышечные движения (при письме, рисовании), но и более грубые — при ходьбе, езде на велосипеде.

Для родителей будет интересна возрастная характеристика признаков легкой дисфункции мозга.

У новорожденных это прежде всего выраженное беспокойство, повышенная раздражительность и нарушение сна. Следует обращать внимание на то, как ребенок сосет грудь, часто ли мигает.

В клинической картине легкой дисфункции мозга у детей грудного возраста наблюдается двигательная активность, неkoordinированность и неточность движений, быстрая утомляемость, плохая приспособляемость к новой среде. Эти признаки удастся уловить при внимательном наблюдении за ребенком.

В дошкольном возрасте с этими детьми бывает трудно справиться, они агрессивны, постоянно конфликтуют. Такой период негативизма продолжается долго. Дети любят играть в разрушительные игры, во время игры не могут сосредоточиться, конфликтуют с товарищами несмотря на то, что любят коллектив. За ними трудно уследить.

Дети школьного возраста не могут усидеть на одном месте, неорганизованны, их поведенческие реакции часто парадоксальны.

Помимо повышенной двигательной активности, отмечаются также *невозможность сконцентрировать внимание, импульсивность и рассеянность, вспыльчивость, изменчивость и плохая успеваемость в школе*. Школьник часто завязывает контакты с незнакомыми людьми, в чужом окружении старается привлечь внимание часто неправильными, своеобразными методами. Нарушения в поведении являются постоянными в любой обстановке.

Для постановки диагноза требуется не только полная медицинская, но и педагогическая, психологическая, социальная характеристика ребенка. Поэтому участие в диагностическом процессе родителей, педагогов крайне необходимо.

Помощь родителей требуется в первую очередь при сборе врачом целенаправленного анамнеза (истории болезни). Он

должен выяснить, когда у ребенка появились первые специфические признаки заболевания (гиперактивность, повышенная возбудимость, импульсивность, нарушение внимания), детально выяснить течение и выраженность симптомов. Особое внимание обращается на развитие двигательных функций и речи.

Врача интересует окружающая ребенка среда, так как известно, что повышенная двигательная активность может наблюдаться и у здорового ребенка при ненормальной обстановке дома и в школе. В таких случаях гиперактивность не является патологией.

Важное значение имеет выяснение школьной успеваемости, поведения ребенка в классе, для чего необходим контакт и с учителем.

Особое значение для диагностики, а также лечения и реабилитации этих детей имеет психологическое обследование, которое проводит психолог или педиатр. Для оценки образовательного уровня проводится детальное исследование способностей ребенка к чтению, письму, произношению.

Психологическое обследование дает возможность определить уровень интеллектуального развития ребенка, а кроме того, возможные нарушения со стороны перцепции, визуально-двигательной координации, внимания. Обычно результаты психологического исследования свидетельствуют, что уровень интеллекта таких детей выше, чем это представляется окружающим.

Причины легкой дисфункции мозга могут быть различными: результат генетических отклонений, кровоизлияния в перинатальном периоде, заболевания или травмы в периоды критического развития и созревания центральной нервной системы или другие органические причины неизвестной этиологии. Одной из причин заболевания может быть повреждение мозговой ткани, которое возникает во время или в первые годы после родов. Этиологическими моментами легкой дисфункции мозга могут быть серологический конфликт (несовместимость крови матери и ребенка), гиперпирексия (повышенная температура тела), недоношенность. У недоношенных детей даже легкая гипоксия (недостаток кислорода) может быть причиной повреждения структур мозга, влияющих на уровень двигательной активности.

В ряде исследований четко зафиксирована корреляция между нарушением поведения детей в школе и низким весом при рождении, осложнениями при беременности и родах.

Частота заболевания связана и с материальными условиями семьи, в которой живет ребенок. В неполных, малообеспеченных семьях с плохими жилищными условиями заболевание отмечается чаще. Установлена также связь гиперактивности детей и антисоциального поведения их родителей (алкоголизм, аффективные нарушения). Причем эта связь прослеживается даже в тех случаях, когда дети были отделены от родителей сразу после рождения, что свидетельствует о генетической предрасположенности к легкой дисфункции мозга. Родители больных детей рассказывают, что у них в детстве наблюдались те же самые проявления. Так, 8 из 50 отцов, дети которых имели повышенную двигательную активность, были гиперактивны в детстве.

На сегодняшний день все причины легкой дисфункции мозга можно объединить в следующие группы: 1) пренатальные — заболевание краснухой во время беременности, прием некоторых медикаментов, например талидомида; 2) перинатальные — родовая травма; 3) постнатальные — отравления, энцефалиты, менингиты, отравление угарным газом, болезни сердца; 4) генетические; 5) биохимические нарушения в организме; 6) нарушение созревания центральной нервной системы.

Итак, диагноз поставлен. Следующий этап — лечение ребенка с легкой дисфункцией мозга. Идеальным является тот случай, когда в лечении участвуют педиатр, невропатолог, психиатр, психолог, педагог. Причем медицинские и педагогические задачи подчас так перекликаются, что невозможно провести разграничительную черту между ними.

На практике педиатр чаще всего является и невропатологом, и психиатром, и психологом. Под опеку специалистов — невропатологов и психоневрологов — попадает лишь самая незначительная часть детей с легкой дисфункцией мозга. Это в основном тот контингент больных, у которых легкая дисфункция мозга сочетается с ночным недержанием мочи, различными нервными тиками. Что касается другой, гораздо большей части больных детей, то они очень часто остаются вне поля

зрения не только данных специалистов, но и педиатра. Все дело в том, что окружающие ребенка взрослые, прежде всего педагоги и родители, не считают его больным.

И действительно, какой это больной ребенок, если он своей энергией может, что называется, горы свернуть. А раз так, то зачем идти к специалисту?

Надо учитывать еще одно немаловажное обстоятельство. Многие родители панически боятся контактов с психоневрологами, так как считают, что постановка на учет к психоневрологу может осложнить жизнь сына или дочери в дальнейшем, при получении справки № 286 — о состоянии здоровья для поступления в учебное заведение.

Можем сразу развеять сомнения на этот счет. Легкая дисфункция мозга — это не тот диагноз, который может «испортить» медицинскую справку № 286.

К сожалению, следует признать, что далеко не все педиатры достаточно хорошо знакомы с этим заболеванием, находящимся на стыке педиатрии, психиатрии и психологии. Поэтому они мало внимания уделяют таким детям, считая их здоровыми, и нередко оказываются беспомощными, если требуется оказать помощь, дать рекомендации родителям, педагогам. Сказывается здесь и односторонность «видения» проблемы каждым узким специалистом. Результат — отсутствие комплексного лечения, под которым подразумевается забота о состоянии здоровья в целом: организация среды, нивелирование нарушений поведения и коррективировка затруднений в учебе. Достигается это соответствующей работой врача с родителями, учителями и детьми, воспитательными мерами (правильный подход к ребенку в школе и дома), поведенческой терапией и в ряде случаев фармакотерапией.

В первом ряду лечебных мероприятий стоит правильное отношение родителей и учителей к больному ребенку. В особом внимании нуждаются дети из неблагополучных семей.

Конечно, не у каждого ребенка отдельная комната, где он может спокойно заниматься своими делами. Но добиться, чтобы ребенок в определенное время питался, ложился спать и вставал, в состоянии каждый родитель. В режиме дня следует предусмотреть часы для выполнения домашних заданий, игр,

просмотра телевизионных передач и т. д., т. е. ребенка следует приучить к строго определенному распорядку дня.

Обстановка дома должна быть спокойной, исключаются различные раздражители, в частности предметы, которые могут отвлекать ребенка.

Описываемая проблема носит интернациональный характер. В мире уже разработаны методики реабилитации таких больных. В частности, как лечебный фактор рассматривается создание специализированных классов.

Оптимальная наполняемость таких классов 10–12–15 человек, продолжительность уроков до 35 минут. Занятия проводятся по специальной программе и методике, но объем изучаемого материала остается тем же, что и в обычных классах.

Оборудование и атмосфера в специальном классе должны настраивать детей на спокойный деловой тон: минимальное количество отвлекающих предметов, например картин и др.; каждый ученик сидит отдельно, на значительном расстоянии друг от друга и т. д. Учащиеся с наиболее выраженной активностью сидят на передних партах, чтобы исключить их влияние на других учеников.

Врачи пришли к выводу, что наличие таких классов в обычных школах полезно не только больным детям, но и здоровым, так как отсутствие в классе детей с легкой дисфункцией мозга создает лучшие условия для успешной учебы здоровых школьников.

Однако далеко не все дети с легкой дисфункцией мозга должны учиться в специальных классах. Этот вопрос находится только в компетенции врача.

По мнению большинства врачей, общая двигательная активность с возрастом уменьшается, а выявляемые неврологические изменения постепенно нивелируются. Но без проведения соответствующего лечения в подростковом возрасте возможен переход в психопатическую личность. Поэтому вопрос о лечении стоит однозначно: оно должно быть обязательно. Подтверждением этого служат и данные о том, что среди подростков-правонарушителей процент страдавших легкой дисфункцией мозга достаточно велик.

Так, в комплексном лечении детей с легкой дисфункцией мозга врачи рекомендуют назначать физические упражнения в виде длительного и равномерного тренинга легкой и средней интенсивности, ограничение упражнений с эмоциональным акцентом (игры, соревнования и др.). Наиболее подходящими для этого являются летний и зимний туризм, бег трусцой, плавание.

Попросту говоря, ребенка следует каждый день «выгуливать», и уровень двигательной активности должен быть таким, чтобы приходя домой он падал от усталости. Конечно, последнее больше относится к дошкольникам, так как у них нет домашних заданий.

В последние годы в нашей стране начали разрабатываться проблемы детской психологии. Однако эти исследования часто не выходят за рамки научных экспериментов. В школах же практически отсутствуют детские психологи. В других странах наоборот. Например, в США идут по пути развития клинической психологии, которая, по мнению американских ученых, как раз и должна заниматься отношениями психологического поведенческого порядка в школьном возрасте. В 70 % школ крупных городов США работают детские психологи.

Было время, когда при лечении легкой дисфункции мозга широко использовалась лекарственная терапия. Но в настоящее время больше внимания уделяется нефармакологическим методам лечения, о которых упоминалось выше. Лекарства используются только в тяжелых случаях, когда исчерпаны все другие возможности. Но в любом случае выбор лечебных мероприятий производится после тщательного наблюдения за ребенком, причем не только врачом, но и родителями, и учителями.

Прогноз заболевания в первую очередь зависит от ранней постановки диагноза и назначения лечения. При этом имеют значение психосоциальные факторы, которые могут влиять не только на течение, но и на исход заболевания. На прогноз заболевания также влияют тяжесть заболевания, состояние родителей и состояние самого ребенка в перинатальном периоде, а также возможность применения специализированного

подхода при обучении. Особо неблагоприятный прогноз заболевания наблюдается в неблагополучных семьях, где родители злоупотребляют алкоголем, страдают психическими расстройствами и т. д.

Залогом успеха в лечении является неукоснительное выполнение назначений врача, который при необходимости осуществляет соответствующую коррекцию в лечении.

А. Е. Личко

АКЦЕНТУАЦИИ ХАРАКТЕРА КАК ПРЕМОРБИДНЫЙ ТИП¹

Определение понятия «акцентуация характера»

В периоде становления характера его типологические особенности, не будучи еще сглажены и затушеваны жизненным опытом, выявляются настолько ярко, что иногда напоминают психопатии, т. е. патологические аномалии характера. С повзрослением черты акцентуаций обычно сглаживаются. Это позволило нам говорить о «преходящих подростковых акцентуациях характера» (Личко А. Е., 1977).

Типы акцентуаций характера весьма сходны и частично совпадают с типами психопатий.

Наибольшую известность получил термин К. Leonhard (1968) — «акцентуированная личность». Однако правильное

¹ Печатается по изд.: Личко А. Е. Подростковая психиатрия: Руководство для врачей.— Л.: Медицина, 1979. — С. 26–49. Настоящая книга представляет собой руководство по подростковой психиатрии с систематическим изложением всех ее разделов — особенностей этиологии, патогенеза, проявлений и течения, дифференциального диагноза и реабилитации при основных психических заболеваниях и непсихотических нарушениях в подростковом возрасте. Выдвигается ряд оригинальных положений об акцентуации характера как о преморбидной почве для психических нарушений.

говорить об «акцентуациях характера» (Личко А. Е., 1977). Личность — понятие гораздо более сложное, чем характер. Она включает интеллект, способности, наклонности, мировоззрение и т. д. В описаниях К. Leonhard речь идет именно о типах характера. К тому же в странах с немецким языком термин «акцентуированная личность» стали использовать как клинический диагноз вместо термина «психопатия», что неправомерно, если рассматривать акцентуации как крайние варианты нормы.

Отличия между акцентуациями характера и психопатиями основываются на диагностических критериях П. Б. Ганнушкина (1933) — О. В. Кербикова (1962). При акцентуациях характера может не быть ни одного из этих признаков: ни относительной стабильности характера на протяжении жизни, ни тотальности его проявлений во всех ситуациях, ни социальной дезадаптации как следствия тяжести аномалии характера. Во всяком случае никогда не бывает соответствия всем этим трем признакам психопатии сразу. Как указывалось, обычно акцентуации развиваются в период становления характера и сглаживаются с повзрослением. Особенности характера при акцентуациях могут проявляться не постоянно, а лишь в некоторых ситуациях, в определенной обстановке, и почти не обнаруживаться в обычных условиях. Социальная дезадаптация при акцентуациях либо вовсе отсутствует, либо бывает непродолжительной.

В добавление к критериям П. Б. Ганнушкина, О. В. Кербикова можно отметить еще один важный признак, отличающий акцентуации и психопатии (Личко А. Е., 1977). При психопатиях декомпенсации острые аффективные и психопатические реакции, социальная дезадаптация возникают от любых психических травм, в самых разнообразных трудных ситуациях, от всевозможных поводов и даже без видимой причины. При акцентуациях нарушения возникают только при определенном рода психических травмах, в некоторых трудных ситуациях, а именно: лишь тогда, когда они адресуются к «месту наименьшего сопротивления», к «слабому звену» данного типа характера. Иные трудности и потрясения, не задевающие этой ахиллесовой пяты, не приводят к нарушениям и переносятся стойко. При каждом типе акцентуации имеются свои собственные ему, отличные от других типов, «слабые места».

На основании сказанного можно дать следующее определение акцентуации характера.

Акцентуации характера — это крайние варианты, нормы, при которых отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим.

Акцентуации характера как этиопатогенетический фактор

Будучи крайними вариантами нормы, акцентуации характера сами по себе не могут быть клиническим диагнозом. Они являются лишь почвой, преморбидным фоном, предрасполагающим фактором для развития психогенных расстройств (острых аффективных реакций, неврозов, ситуативно обусловленных патологических нарушений поведения, психопатических развитий, реактивных и эндореактивных психозов). В этих случаях от типа акцентуации зависит как избирательная чувствительность к определенному рода психогенным факторам, так и особенностям клинической картины.

При эндогенных психозах некоторые типы акцентуаций, видимо, также могут играть роль предрасполагающего или повышающего риск заболевания фактора (шизоидная и сензитивная акцентуации в отношении вялотекущей шизофрении, циклоидная — в отношении маниакально-депрессивного и шизоаффективного психозов).

Явная и скрытая акцентуация характера

В зависимости от степени выраженности нами было выделено две степени акцентуации характера — явная и скрытая (Личко А. Е., Александров А. А., 1973).

Явная акцентуация. Эта степень акцентуации относится к крайним вариантам нормы. Она отличается наличием довольно постоянных черт определенного типа характера. Тщатель-

тельно собранный анамнез, сведения от близких, непродолжительное наблюдение, особенно в среде сверстников, а также результаты экспериментально-патохарактерологической оценки с помощью диагностического опросника (Личко А. Е., Иванов Н. Я., 1977) позволяют распознать этот тип. Однако выраженность черт определенного типа не препятствует возможности удовлетворительной социальной адаптации. Занимаемое положение обычно соответствует способностям и возможностям. В подростковом возрасте особенности характера часто заостряются, а при действии психогенных факторов, адресуемых к «месту наименьшего сопротивления», могут наступать временные нарушения адаптации, отклонения в поведении. При повзрослении особенности характера остаются достаточно выраженными, но компенсируются и обычно не мешают адаптации.

Скрытая акцентуация. Эта степень, видимо, должна быть отнесена не к крайним, а к обычным вариантам нормы. В обычных, привычных условиях черты определенного типа характера выражены слабо или не проявляются совсем. Даже при продолжительном наблюдении, разносторонних контактах и детальном знакомстве с биографией трудно бывает составить четкое представление об определенном типе характера. Однако черты этого типа могут ярко, порою неожиданно, выявиться под влиянием тех ситуаций и психических травм, которые предъявляют повышенные требования к «месту наименьшего сопротивления». Психогенные факторы иного рода, даже тяжелые, не только не вызывают психических расстройств, но могут даже не выявить типа характера. Если же такие черты и выявляются, это, как правило, не приводит к заметной социальной дезадаптации.

Основные типы акцентуаций характера

Существует две классификации типов — первая предложена К. Leonhard (1968), а вторая нами (Личко А. Е., 1977). Сопоставление этих классификаций, сделанное В. В. Юстицким (1977), приводится ниже.

<i>Тип акцентуированной личности по К. Leonhard</i>	<i>Тип акцентуации характера по А. Е. Личко</i>
Лабильный	Лабильный циклоид
Сверхподвижный Эмотивный	Лабильный
Демонстративный	Истероидный
Сверхточный	Психастенический
Ригидно-аффективный Неуправляемый	Эпилептоидный
Интровертный	Шизоидный
Боязливый	Сензитивный
Неконцентрированный или неврастенический	Астено-невротический
Экстравертный	Конформный
Слабовольный	Неустойчивый
—	Гипертимный
—	Циклоидный

Наша классификация предназначена специально для подросткового возраста и приводится ниже.

Гипертимный тип. Подростки, относящиеся к гипертимному типу, с детства отличаются большой шумливостью, общительностью, чрезмерной самостоятельностью, даже смелостью, склонностью к озорству. У них нет ни застенчивости, ни робости перед незнакомцами, но зато недостает чувства дистанции в отношении к взрослым. В играх любят командовать сверстниками. Воспитатели жалуются на их неутомимость. В школе, несмотря на хорошие способности, живой ум, умение схватывать все на лету, учатся неровно из-за неусидчивости, отвлекаемости, недисциплинированности. В подростковом возрасте главная черта — почти всегда хорошее, даже несколько приподнятое настроение. Оно сочетается с хорошим же самочувствием, нередко цветущим внешним видом, высоким жизненным тонусом, активностью и брызжущей энергией, всегда прекрасным аппетитом и крепким освежающим сном.

Лишь изредка солнечное настроение омрачается вспышками раздражения и гнева, вызванными противодействием окружающих, их стремлением подавить слишком бурную энергию, подчинить своей воле. Реакция эмансипации сильно сказывается на поведении: такие подростки рано проявляют самостоятельность и независимость. На гиперпротекцию со стороны родителей и воспитателей с ее мелочным контролем, повседневной опекой, наставлениями и нравоучениями, «проработкой» за мелкие проступки дома и на собраниях реагируют крайне бурно; плохо переносят жесткую дисциплину и строго регламентированный режим; в необычных ситуациях не теряются, проявляют находчивость, умеют ловчить и изворачиваться. К правилам и законам представители этого типа относятся легкомысленно, могут незаметно для себя проглядеть грань между допустимым и запрещенным.

Они всегда тянутся в компанию, тяготятся и плохо переносят одиночество, среди сверстников стремятся к лидерству, при этом не к формальному, а к фактическому — роли вожака и заводилы; при общительности в выборе знакомств неразборчивы и легко могут оказаться в сомнительной компании. Любят риск и авантюры.

Характерно хорошее чувство нового. Новые люди, места, предметы живо привлекают. Легко воодушевляясь, такие подростки часто не доводят начатое до конца, непрестанно меняют «хобби»; плохо справляются с работой, требующей большой усидчивости, тщательности, кропотливого труда; аккуратно не отличаются ни в выполнении обещаний, ни в денежных делах, легко залезают в долги, любят шиковать, прихвастнуть; склонны видеть свое будущее в радужных красках. Неудачи могут вызвать бурную реакцию, но неспособны надолго выбить из колеи. Отходчивы, быстро мирятся и даже дружат с теми, с кем раньше ссорились.

Половое чувство нередко пробуждается рано и бывает сильным. Поэтому возможна ранняя сексуальная жизнь. Однако подростковая сексуальная девиантность бывает мимолетной, склонности к фиксации здесь не обнаруживается.

Свои способности и возможности обычно переоцениваются. Хотя большинство особенностей своего характера гипер-

тимные подростки хорошо знают и не скрывают, однако обычно стараются выставить себя более конформными, чем есть на самом деле.

Гипертимный тип встречается, как правило, в виде явной акцентуации. На ее фоне могут возникать острые аффективные реакции и ситуативно обусловленные патологические нарушения поведения (ранняя алкоголизация, токсикоманическое поведение, эмансипационные побег и т. п.). Гипертимная акцентуация может быть также почвой для психопатических развитий по гипертимно-неустойчивому и гипертимно-истероидному типам. Под влиянием повторных черепно-мозговых травм может сформироваться гипертимно-эксплозивный тип психопатии. Гипертимный тип акцентуации встречается как нередкий преморбидный фон при миниакально-депрессивном и шизоаффективном психозах.

Циклоидный тип. В детстве не отличаются от сверстников или производят впечатление гипертимов. С наступлением пубертатного периода может возникнуть первая субдепрессивная фаза. В дальнейшем эти фазы чередуются с фазами подъема и с периодами ровного настроения. Длительность фаз меняется — сперва дни, 1–2 недели, с возрастом они могут удлиняться или, наоборот, сглаживаться.

В субдепрессивной фазе отмечаются вялость, упадок сил, все валится из рук. Что раньше давалось легко и просто, теперь требует больших усилий. Труднее становится учиться. Общество окружающих людей начинает тяготить, компании избегаются, приключения и риск теряют привлекательность. Подростки в эти дни становятся вялыми домоседами. Мелкие неприятности и неудачи, нередкие в этот период из-за падения работоспособности, переживаются тяжело. Хотя на замечания и укоры часто отвечают раздражением, грубостью, но в глубине души впадают в еще большее уныние. Чувства безысходной тоски или беспричинной тревоги, как при психотической депрессии, не бывает. Больше жалуются на скуку. Не приходится также слышать идей самоуничтожения. Однако, если в эти дни выпадают серьезные нарекания или большие неудачи, особенно если они унижают самолюбие, легко могут возникнуть мысли о собственном безволии, неполноценности,

никчемности и быть спровоцированы острые аффективные реакции с суицидными попытками.

Аппетит снижается. Даже любимые кушанья не доставляют прежнего удовольствия. Бессонницы у подростков обычно не бывает. Иногда жалуются на то, что стало трудно уснуть и почти всегда на вялость и разбитость по утрам.

В период подъема циклоидные подростки выглядят как гипертимы. Бросаются в глаза не свойственные им обычно рискованные шутки над старшими и желание везде и всюду остеречь.

Местом наименьшего сопротивления является коренная ломка жизненного стереотипа (например, переход от опекаемой школьной учебы к относительной свободе высшего учебного заведения). Такая ломка может затянуть субдепрессивную фазу. В этой фазе появляется избирательная чувствительность к укорам, упрекам, обвинениям — ко всему, что способствует возникновению идеи самообвинения и самоуничижения.

Эмансипационные устремления и группирование со сверстниками отмечаются во время подъемов, а в субдепрессивной фазе блекнут. Хобби также отличаются неустойчивостью: в субдепрессивной фазе их забрасывают, а в период подъема возвращаются к ним или находят новые. Сексуальная активность возрастает в периоды подъема, но в субдепрессивной фазе может усиливаться онанизм. Делинквентность, побег из дома, токсикоманическое поведение несвойственны. Алкоголизируются в компаниях и только в периоды подъема.

Самооценка формируется постепенно, по мере накопления опыта «хороших» и «плохих» периодов. При недостатке такого опыта она может быть очень неточной.

Лабильные циклоиды представляют собой форму акцентуации, промежуточную между типичными циклоидами и лабильными подростками (Личко А. Е., Озерецковский С. Д., 1972). Фазы здесь очень коротки — один–два дня. В «плохие» дни дурное настроение обычно не сочетается с упадком сил или неудовлетворительным самочувствием. В пределах одного периода возможны короткие перемены настроения, вызванные соответствующими событиями или известиями. Но в отличие от описываемого далее лабильного типа акцентуации нет

чрезмерной эмоциональной реактивности, постоянной готовности настроения круто меняться от незначительных причин.

Циклоидной психопатии не существует. При резко выраженной циклоидности возникает циклотимия, которую правомерно рассматривать как легкую форму маниакально-депрессивного психоза. Сама циклоидная акцентуация может быть фоном для развития как этого, так и шизоаффективного психозов.

Лабильный тип. В детстве не отличаются от сверстников или обнаруживают склонность к невротическим реакциям. Главная черта в подростковом возрасте — крайняя лабильность настроения, которое меняется слишком часто и чрезмерно резко от ничтожных и даже незаметных для окружающих поводов. Кем-то нелестно сказанное слово, неприветливый взгляд случайного собеседника способны вдруг погрузить в мрачное расположение духа без каких-либо серьезных неприятностей и неудач. И наоборот, интересная беседа, мимолетный комплимент, от кого-то услышанные заманчивые, но малореальные перспективы способны вселить веселость и жизнерадостность и даже отвлечь от действительных неприятностей, пока те чем-либо не напомнят о себе. Во время откровенных и волнующих бесед можно видеть то готовые навернуться на глаза слезы, то радостную улыбку.

От настроения в данный момент зависит все: и самочувствие, и сон, и аппетит, и работоспособность, и общительность. Соответственно настроению и будущее то расцветается радужными красками, то представляется унылым и безнадежным, и прошлое предстает то как цепь приятных воспоминаний, то сплошь состоящим из неудач и несправедливостей. И повседневное окружение то кажется милым и интересным, то безобразным и скучным.

Маломотивированные смены настроения могут создать впечатление поверхностности и легкомыслия. Однако лабильность подростков отличают глубокие чувства, искренняя привязанность к тем, от кого они видят любовь, заботу и внимание. Привязанности сохраняются, несмотря на легкость и частоту мимолетных ссор. Утраты переносятся тяжело. Не менее свойственна и преданная дружба. Предпочитают дружить с тем,

кто в минуты грусти и недовольства способен утешить, отвлечь, при нападках — защитить, а в минуты подъема разделить радость и веселье, удовлетворить потребность в сопереживании. Любят компании, смену обстановки, но в отличие от гипертимных подростков ищут в них не поле деятельности, а только новые впечатления. Чуткость ко всякого рода знакам внимания, благодарности, похвалам и поощрениям, которые доставляют искреннюю радость, не сочетается ни с заносчивостью, ни с самомнением.

Эмансипационные устремления выражены умеренно. Они усиливаются, если их подогревает неблагоприятная семейная обстановка. Тяга к группированию со сверстниками целиком зависит от настроения. В хорошие минуты ищут компании, в плохие избегают общения. В группе сверстников на роль вожака не претендуют, охотно довольствуясь положением опекаемого и защищаемого другими любимца и баловня. Хобби ограничиваются информативно-коммуникативным типом (см. гл. I), иногда художественной самодеятельностью, да еще некоторыми домашними животными (особенно привлекательна собственная собака, которая служит громоотводом для эмоций при перепадах настроения). Сексуальная активность обычно ограничивается флиртом и ухаживаниями. Влечение долго остается малодифференцированным и легко возможно отклонение на путь транзитного подросткового гомосексуализма. Но сексуальные эксцессы всегда избегаются.

Своеобразная избирательная интуиция позволяет таким подросткам сразу чувствовать, как к ним относятся окружающие, при первом контакте определяя, кто к ним расположен, кто безразличен, а в ком таится хоть капля недоброжелательности или неприязни. Ответное отношение возникает незамедлительно и без попыток его утаить.

Самооценка отличается искренностью и умением правильно отметить черты своего характера.

«Слабым звеном» данного типа является отвержение со стороны эмоционально значимых лиц, утрата близких, разлука с ними.

Акцентуация по лабильному типу часто сочетается с гармоничным психофизическим инфантилизмом, а также с веге-

тативной лабильностью и склонностью к аллергическим заболеваниям. Этот тип акцентуации служит почвой для острых аффективных реакций, неврозов, особенно неврастении, реактивной депрессии и для психопатических развитий.

Астено-невротический тип. С детства нередко выявляются признаки невропатии: плохой сон и аппетит, капризность, пугливость, плаксивость, иногда ночные страхи, ночной энурез, заикание и т. п. В других случаях детство проходит благополучно, и первые признаки астено-невротической акцентуации возникают только в подростковом возрасте.

Главными чертами являются утомляемость, раздражительность и склонность к ипохондричности. Утомляемость особенно проявляется при умственных занятиях или при физических и эмоциональных напряжениях, например в обстановке соревнований. Раздражительность ведет к внезапным аффективным вспышкам, возникающим нередко по ничтожному поводу. Раздражение, зачастую изливаемое на случайно попавших под руку, легко сменяется раскаянием и слезами. Склонность к ипохондризации может быть особенно сильной. Такие подростки внимательно прислушиваются к малейшим телесным ощущениям, охотно лечатся, укладываются в постель, подвергаются врачебным обследованиям. Наиболее частым источником ипохондрических переживаний у мальчиков становится сердце.

Подростковые нарушения поведения типа делинквентности, алкоголизации этому типу не свойственны. Реакция эмансипации обычно ограничивается маломотивированными вспышками раздражения в отношении родителей, воспитателей, старших вообще. К сверстникам тянутся, ищут компании, но быстро от нее устают и предпочитают одиночество или общение с близким другом. Самооценка обычно прежде всего отражает заботу о здоровье.

Этот тип акцентуации является почвой для развития неврастении, острых аффективных реакций, реактивных депрессий, ипохондрических развитий. Срывы часто возникают тогда, когда подросток осознает невыполнимость лелеемых планов, нереальность надежд и желаний. Велика также восприимчивость к иатрогениям. Тяжелые болезни у близких и знакомых усиливают ипохондричность.

Сензитивный тип. С детства пугливы и боязливы. Часто страшатся темноты, сторонятся животных, боятся остаться одни, быть запертыми дома. Чуждаются бойких и шумных сверстников. Не любят подвижных игр и озорства. Робки и застенчивы среди посторонних и в необычной обстановке. Не склонны к легкому общению с незнакомыми. Все это может оставлять ложное впечатление о замкнутости и отгороженности от окружающего. На самом деле такие дети достаточно общительны с теми, к кому привыкли. Играть часто любят с малышами, чувствуя себя с ними увереннее и спокойнее. К родным и близким бывают привязаны, даже при холодном и суровом обращении с ними. Отличаются послушанием. Слышат «домашними детьми». Школа их пугает шумом, возней и драками на переменах. Учатся обычно старательно. Страшится всякого рода контрольных, проверок, экзаменов. Нередко стесняются отвечать у доски. Боятся прослыть выскочкой. Привыкнув к одному классу и даже страдая от преследований со стороны некоторых одноклассников, крайне неохотно переходят в другой.

Начало пубертатного периода обычно проходит без особых осложнений. Трудности начинаются в старшем подростковом возрасте, с момента вступления в самостоятельную жизнь. Тогда выступают две главные черты этого типа: чрезмерная впечатлительность и чувства собственной неполноценности. В себе видят множество недостатков, особенно в области морально-этических и волевых качеств. Источником тяжких угрызений совести у мальчиков может служить обычный для подросткового возраста онанизм. Боятся, что окружающие заподозрят их в «гнусности» и «распутстве». К родным сохраняется детская привязанность. Опеке близких охотно подчиняются. Упреки и наказания с их стороны вызывают слезы и отчаяние. Рано формируется чувство долга, ответственности, чрезмерные моральные требования к себе и окружающим.

Выраженной бывает реакция гиперкомпенсации. Ищут утверждения себя не там, где могут раскрыться их способности, а именно в той области, где чувствуют свою слабость. Робкие и стеснительные, натягивают на себя личину веселости, развязности, даже заносчивости, но в неожиданной ситуации

быстро пасуют. При доверительном контакте за спавшей маской «все нипочем» открывается жизнь, полная самобичеваний, тонкая чувствительность и непомерно высокие требования к самому себе. Нежданное сочувствие может сменить браваду на бурно хлынувшие слезы.

От сверстников не отгораживаются, стремятся к ним, но в выборе друзей разборчивы, а в дружбе привязчивы. Близкого друга предпочитают шумной компании. Увлечения сензитивных подростков бывают двоякого рода (Скроцкий Ю. А., 1973). Одни носят интеллектуально-эстетический характер (искусство, музыка, рисование, домашние цветы, певчие птицы и т. п.), причем удовольствие доставляет сам процесс этих занятий; к особо высоким результатам вовсе не стремятся, даже свои реальные успехи оценивают весьма скромно. Другой род увлечений обусловлен реакцией гиперкомпенсации. Здесь важен достигаемый результат и признание со стороны. Мальчики пытаются преодолеть «слабоволие» занятиями силовыми видами спорта (борьба, гантельная гимнастика и т. п.), а робость и застенчивость стараются побороть, устремляясь на общественные посты, где обычно тщательно выполняют формальную часть порученной функции, оставляя фактическое лидерство другим.

Сексуальное влечение усиливает застенчивость и переживания собственной неполноценности. В силу гиперкомпенсации признания в любви могут быть столь решительными и неожиданными, что пугают и отталкивают. Отвергнутая любовь утверждает в мыслях о своей неполноценности. Могут возникнуть суицидные намерения.

Ни к делинквентности, ни к алкоголизации склонности не отмечается. Сензитивные юноши обычно не курят. В алкогольном опьянении вместо эйфории нередко можно наблюдать депрессивные переживания.

Самооценка отличается высоким уровнем объективности. Лгать и притворяться не любят и не умеют. Отказ отвечать предпочитают неправде.

Ударом по «слабому звену» обычно оказывается ситуация, где подросток становится объектом недоброжелательного внимания окружающих, насмешек или подозрений в неблагоприят-

ных поступках, когда на репутацию падает тень или когда подросток подвергается несправедливым обвинениям.

Сензитивная акцентуация служит почвой для острых аффективных реакций интрапунитивного типа, фобического невроза, реактивных депрессий, эндореактивных психозов. Повидимому, сензитивная акцентуация сопряжена с более высоким риском заболевания прогрессивной шизофренией.

Психастенический тип. В детстве, наряду с некоторой робостью и пугливостью, рано проявляется моторная неловкость, склонность к рассуждательству и не по возрасту «интеллектуальные» интересы. Иногда уже в детском возрасте начинаются фобии, т. е. боязнь незнакомых людей и новых предметов, темноты, страх оказаться за запертой дверью.

Критическим периодом, когда психастенические черты начинают раскрываться во всей полноте, обычно бывают первые классы школы, когда безмятежное детство сменяется первыми требованиями к чувству ответственности. Необходимость отвечать за себя и особенно за других представляет один из самых чувствительных ударов для психастенической натуры.

В пубертатном периоде резких обострений психастении обычно не бывает. Декомпенсации могут наступать в моменты предъявления высоких требований к чувству ответственности (например, во время экзаменов).

Главными чертами психастенического типа являются нерешительность, склонность ко всякого рода рассуждениям, тревожная мнительность в виде опасений за будущее — свое и своих близких, любовь к самоанализу, самокопанию и легкость возникновения навязчивых страхов, опасений, действий, ритуалов, представлений, мыслей. Опасения адресуются к возможному, даже к маловероятному, в будущем: как бы не случилось чего-нибудь ужасного и непоправимого с ними самими или с теми близкими, к которым они обнаруживают чрезвычайно сильную привязанность. Невзгоды, уже случившиеся, пугают их гораздо меньше. Мальчикам бывает особенно свойственна тревога за мать: как бы она не заболела и не умерла, не попала бы под транспорт и т. п. Если мать опаздывает, где-то без предупреждения задержалась, такой подросток не находит себе места. Защитой от постоянной тревоги за будущее

становятся выдуманные приметы и ритуалы. Например, выходя из дома, переступать порог только левой ногой, на контрольные и экзамены надевать одну и ту же «счастливую» рубашку и т. п. Другой защитой является специально выработанные педантизм и формализм, которые питаются мыслью, что если все заранее предусмотреть и не уклоняться от намеченного плана, то ничего плохого не случится.

Нерешительность особенно проявляется в долгих и мучительных колебаниях, когда надо сделать самостоятельный выбор. Однако уже принятое решение должно быть немедленно исполнено, при этом вдруг обнаруживается поразительная нетерпеливость. У психастенических подростков приходится видеть реакцию гиперкомпенсации в отношении своей нерешительности и неуверенности. Она проявляется неожиданными самоуверенными и безапелляционными высказываниями, утрированной решимостью и скоропалительностью действий в моменты, когда как раз требуется осмотрительность и осторожность. Постигающие при этом неудачи еще более усиливают нерешительность и сомнения.

Физическое развитие обычно оставляет желать лучшего. Все ручные навыки и занятия спортом даются плохо. Исключение составляют лишь те виды спорта, при занятиях которыми нагрузка падает на ноги (бег, прыжки, лыжи, велосипед). В этих видах иногда достигаются лучшие результаты.

Подростковая реакция эмансипации выражена слабо и нередко замещена патологической привязанностью к кому-либо из близких. Тяга к сверстникам проявляется в робких формах. Увлечения, как правило, ограничиваются интеллектуально-эстетическими хобби.

Сексуальное развитие зачастую опережает общее физическое. Интенсивный онанизм может становиться источником самоугрызений и символических запретов. Подростковые нарушения поведения (делинквентность, побеги из дома, алкоголизация) психастеникам не присущи.

Самооценка, несмотря на склонность к самоанализу, далеко не всегда отличается правильностью и полнотой. Часто выделяется склонность находить у себя черты самых разных ти-

пов, в том числе совершенно не свойственные, например истерические.

Психастеническая акцентуация служит благодатной почвой для развития обсессивного невроза. Воспитание в условиях «повышенной моральной ответственности», когда взрослые перекладывают на детские плечи заботы по уходу и надзору за малышами или беспомощными членами семьи, резко усиливает психастенические черты. «Повышенная ответственность» может быть связана со слишком большой надеждой родителей на выдающиеся успехи ребенка и подростка в учебе, занятиях музыкой и т. п. Склонный к психастении подросток чутко улавливает эти высокие родительские ожидания и боится их не оправдать, чтобы не утратить всей полноты родительской любви. Воспитание по типу доминирующей гиперпротекции, сочетающееся с постоянными и чрезмерными призывами к чувству ответственности, предусмотрительности, с запугиванием возможными неприятностями и невзгодами также может привести к психопатическому развитию психастенического типа.

Шизоидный тип. С первых лет такие дети любят играть одни. Они мало тянутся к сверстникам, избегают возни и шумных забав, предпочитают общество взрослых, подолгу молча слушая их беседы между собой. К этому может добавляться какая-то недетская сдержанность и даже холодность.

В подростковом возрасте все черты шизоидного типа крайне заостряются. Прежде всего бросаются в глаза замкнутость и отгороженность. Иногда духовное одиночество мало тяготит подростка, который живет своими, необычными для других, интересами и увлечениями. Чаще же неспособность устанавливать контакты тяжело переживается. Неудачные попытки найти себе друга по душе, мимозоподобная чувствительность в моменты таких поисков, быстрая истощаемость в контакте («не знаю, о чем еще говорить») побуждают к еще большему уходу в себя.

Замкнутость сочетается с недостатком интуиции — неумением догадаться о несказанном другими вслух, угадать их желания, почувствовать чужие переживания, неприязненное от-

ношение к себе или, наоборот, симпатию и расположение, уловить момент, когда не следует навязывать свое присутствие. К недостатку интуиции примыкает недостаток сопереживания — неумение откликнуться на радость или печаль другого, понять обиду, отозваться на чужое беспокойство и волнение. Слабость интуиции и сопереживания создает впечатление холодности и черствости. Некоторые поступки могут показаться жестокими, но они связаны с неспособностью вчувствоваться в страдания других, а не с желанием получить садистское наслаждение.

Внутренний мир почти всегда закрыт для посторонних и зачастую бывает заполнен фантазиями и увлечениями. Шизоидные подростки могут раскрываться неожиданно и обычно перед человеком малознакомым, даже случайным, но чем-то импонирующим их прихотливому выбору. В то же время их внутренние переживания могут навсегда оставаться скрытыми от близких или от тех, кого они знают много лет.

Недоступность внутреннего мира и сдержанность в проявлении чувств делают неожиданными и непонятными для окружающих многие поступки, ибо весь ход предшествующих переживаний и мотивов остается скрытым. Чудачества бывают неожиданны, но не служат эгоцентрической цели привлечь к себе внимание.

Подростковая реакция эмансипации обычно проявляется весьма своеобразно. Шизоидный подросток может терпеть мелочную опеку в быту и даже не замечать ее, подчиняться установленному распорядку и режиму, но готов реагировать бурным протестом на малейшую попытку вторгнуться без дозволения в мир его интересов, увлечений и фантазий. Однако реакция эмансипации легко может оборачиваться социальной нонконформностью — негодованием по поводу существующих правил и порядков, насмешками над распространенными идеалами, интересами и духовными ценностями, злопыхательством по поводу «отсутствия свободы». Подобные суждения могут подолгу скрытно вынашиваться и неожиданно для всех реализоваться в решительных действиях или публичных выступлениях. Прямолинейная критика других в таких случаях осуществляется без учета ее последствий для себя.

Реакция группирования со сверстниками внешне выражена слабо. Замкнутость затрудняет контакты, а неподатливость общему влиянию не позволяет полностью слиться с группой. Иногда шизоидные подростки подвергаются насмешкам и преследованиям сверстников, иногда же, благодаря холодной сдержанности и неожиданному умению постоять за себя, внушают уважение и заставляют соблюдать дистанцию. Но успех среди сверстников может быть предметом сокровенных фантазий шизоидного подростка.

Увлечения нередко отличаются необычностью, силой и постоянством. Чаще встречаются интеллектуально-эстетические хобби. Увлечения нередко таят от других, боясь непонимания и насмешек. Делятся ими, если встречают интерес, но никогда не выставляют напоказ. В спорте предпочитают индивидуальные занятия, но не коллективные игры. Место увлечений могут занимать одинокие многочасовые прогулки. Некоторым шизоидам хорошо даются тонкие ручные навыки: игра на музыкальных инструментах, всяческие поделки.

Сексуальная активность для окружающих обычно остается незамеченной. Однако внешняя «асексуальность», презрение к половой жизни могут сочетаться с упорным онанизмом и яркими эротическими фантазиями. Болезненно чувствительные в компаниях, не способные на флирт и ухаживание, не умеющие добиться сексуальной близости в ситуации, где она возможна, шизоидные подростки могут внезапно для других проявлять сексуальную активность в самых грубых и даже извращенных формах: вступать в связь со случайными встречными, онанировать под чужими окнами, эксгибиционировать перед малышами, часами сторожить, чтобы подсмотреть чьи-то обнаженные гениталии и т. п. Подобная сексуальная активность и сексуальные фантазии глубоко таятся. Даже когда подобные действия обнаружены, стараются не раскрывать мотивов и переживаний.

Алкоголизация встречается редко. Опьянение обычно не сопровождается эйфорией. Уговорам и питейной атмосфере компаний легко противостоят. Однако у некоторых небольшие дозы крепких напитков облегчают установление контактов и устраняют чувство неестественности во время общений.

Тогда алкоголь может регулярно использоваться в качестве своеобразного «коммуникативного допинга». Может возникнуть необычная психическая зависимость, отличная от известной психической зависимости у алкоголиков. В указанных случаях прием алкогольного допинга подростком становится необходимым ритуалом перед вынужденными активными общениями. С той же целью легко могут быть начаты приемы наркотиков. Опасность токсикоманического поведения у шизоидов больше, чем алкоголизации.

Делинквентное поведение встречается нечасто. Групповые правонарушения не свойственны. Однако преступления могут совершаться «во имя группы», чтобы группа «признала своим». В одиночку совершаются и сексуальные правонарушения.

Самооценка шизоидов отличается избирательностью. Хорошо отдают себе отчет в своей замкнутости, трудности контактов, непонимании окружающих. Противоречия же в своем поведении не замечаются или им не придается значения. Любят подчеркивать свою независимость и самостоятельность.

Обычно приписываемые шизоидам соматические признаки (худощавость, дряблая мускулатура, сутуловатость) на фоне акселерации могут искажаться эндокринными сдвигами, обуславливая, например, избыточную полноту.

Ударам по «слабому звену» шизоидной акцентуации является ситуация, в которой необходимо быстро и легко вступать в неформальные контакты (формальные контакты, в отличие от сензитивных подростков, при шизоидной акцентуации даются относительно легко). Непереносимым является также грубое насильственное вторжение в интимный мир фантазий и увлечений. Другие же психические травмы переносятся иногда удивительно стойко. В целом шизоидная акцентуация по минованию подросткового возраста обычно не препятствует хорошей социальной адаптации.

Шизоидная акцентуация сочетается с повышенным риском заболевания вялотекущей шизофренией. Повышение риска прогрессивной шизофрении менее отчетливо. Этот тип акцентуации в подростковом возрасте предрасполагает также к транзиторной метафизической интоксикации.

Эпилептоидный тип. Лишь в части случаев черты этого типа явно проявляются еще в детстве. Такой ребенок может часами плакать и его невозможно ни утешить, ни отвлечь, ни приструнить. Наряду с этим, могут выявиться садистские склонности, дети любят мучить животных, дразнить младших, издеваться над беспомощными. Отмечается также недетская бережливость по отношению к одежде, игрушкам, всему «своему» и крайне злобная реакция на тех, кто собирается покушаться на их собственность. В школе обнаруживается мелочная аккуратность в ведении тетрадей, всего учебного хозяйства.

В большинстве случаев черты этого типа становятся очевидными только в подростковом возрасте. Главной из них является склонность к периодам злобно-тоскливого настроения с накапливающим раздражением и поиском объекта, на котором можно сорвать зло. Такие состояния длятся часами, реже днями, постепенно начинаясь и медленно ослабевая. С ними тесно связана аффективная взрывчатость. Вспышки возбуждения лишь при первом впечатлении кажутся внезапными. Аффект накапливается долго и постепенно. Повод для взрыва может быть ничтожным, сыграть роль последней капли. Аффекты не только сильны, но и продолжительны, долго не наступает успокоения. В аффекте могут отмечаться безудержная ярость, циничная брань, жестокие побои, безразличие к беспомощности объекта нападения и неспособность учесть его превосходящую силу. Реже эта ярость оборачивается аутоагрессией с нанесением себе порою тяжких повреждений.

Инстинктивная жизнь отличается большим напряжением. Сильное сексуальное влечение, склонность к сексуальным эксцессам могут сочетаться с садистскими и мазохистическими наклонностями. Любовь почти всегда окрашена мрачными красками ревности.

Алкогольное опьянение часто протекает тяжело, с яростью и драками. В пьяном виде могут быть совершены поступки, о которых потом не остается воспоминаний. Тем не менее нередкой бывает склонность напиваться «до отключения». Брутальность сказывается во всем; крепкие напитки предпочита-

ются вину, крепкие папиросы — сигаретам и т. п. В опьянении легко возникают как агрессивные, так и аутоагрессивные аффективные реакции.

Реакция эмансипации нередко протекает тяжело. От родных требуют не только «свободы» и самостоятельности, но и «прав», доли имущества, материальных благ. Перед начальством склонны к угодничеству, если ждут каких-либо преимуществ. Реакция группирования со сверстниками сопряжена со стремлением к властвованию. В группе желают устанавливать порядки, выгодные для себя. Могут хорошо адаптироваться в условиях строгого дисциплинарного режима, где умеют подольститься к начальству, заполучить определенную власть над другими подростками и умело использовать ее для своей выгоды. Власть в руках эпилептоидного подростка может быть ударом по его «слабому звену». Упоенный властью, он теряет контроль над собой, настолько угнетает и подавляет попавших под его зависимость, что против него зреет всеобщий бунт, который лишает его былых преимуществ и надолго дезадаптирует.

Среди увлечений должна быть отмечена склонность к азартным играм. Страсть к обогащению очень легко пробуждается. Коллекционирование привлекает прежде всего материальной ценностью собранного. В спорте заманчивым кажется то, что позволяет развить физическую силу. В сфере увлечений могут оказаться и различные поделки, особенно требующие тщательности исполнения и сулящие материальную выгоду. Музыкой и пением охотно занимаются наедине, получая от этого особое чувственное наслаждение.

Общими чертами являются также вязкость, тугоподвижность, тяжеловесность, инертность, что откладывает отпечаток на всем — от моторики и эмоциональности до мышления и личностных ценностей. Мелочная скрупулезность, дотошное соблюдение всех правил, даже в ущерб делу, допекающий всех педантизм — все это рассматривается некоторыми авторами как способ компенсации собственной инертности. Большое внимание к своему здоровью, бережное соблюдение собственных интересов сочетаются со злопамятностью, несклон-

ностью прощать обиды, озлоблением при малейшем ущемлении интересов.

М. С. Певзнер (1941) обратила внимание на особый вариант epileptoидности у подростков, отличавшихся, по ее мнению, «гиперсоциальностью» — любовью к труду, аккуратностью, подчеркнутой «правильностью» во всем поведении. В. В. Ковалев (1973) именно эти качества характера расценил как компенсаторные. По нашему наблюдению, подобная «гиперсоциальность» остается однобокой: подростки оказываются способными на «двойную жизнь»: слынут примерными в одной ситуации и обнаруживают крайнее себялюбие, злобность, склонность к агрессии, моральную и физическую жестокость в другой.

Внешний облик epileptoидного подростка, описанный Г. Е. Сухаревой (1959), — приземистая крепкая фигура, массивный торс с короткими конечностями, круглая, чуть вдавленная в плечи голова, большая челюсть, крупные гениталии у мальчиков — встречается часто, но, конечно, далеко не всегда.

Самооценка носит односторонний характер. Отмечаются склонность к периодам мрачного расположения духа («на меня находит»), осмотрительность, приверженность к аккуратности и порядку, нелюбовь к пустым мечтаниям и предпочтение жить реальной жизнью, беспокойство о здоровье, даже склонность к ревности. В остальном представляют себя гораздо более конформными, чем это есть на самом деле.

Скрытая акцентуация по epileptoидному типу обнаруживается либо в ситуации, которая наносит удар по «слабому звену», например при конфликтах по поводу ущемления интересов, при возможности проявить деспотическую власть, либо под влиянием алкогольного опьянения, которое, как указывалось, протекает очень тяжело.

Epileptoидная акцентуация является почвой для острых аффективных реакций, ситуативно обусловленных нарушений поведения делинквентного и даже криминального типа (Вдовиченко А. А., 1976), ранней алкоголизации, а также психопатического развития. Особенно пагубным является воспитание в условиях жестоких взаимоотношений. Гипоопека мо-

жет способствовать наложению черт неустойчивости, потворствующая гиперпротекция — истероидности.

Истероидный тип. Главной чертой является эгоцентризм, ненасытная жажда постоянного внимания окружающих к своей особе, потребность вызывать восхищение, удивление, почитание, сочувствие. На худой конец предпочитают даже негодование и ненависть в отношении себя, но только не перспектива остаться незамеченным. Все остальные качества определяются этой чертой. Нередко приписываемая истероидам внушаемость отличается избирательностью: от нее ничего не остается, если обстановка внушения или само внушение не льют воду на мельницу эгоцентризма. Лживость и фантазирование целиком направлены на приукрашивание своей личности, с тем чтобы опять же привлечь к себе внимание. Кажущаяся эмоциональность на деле оборачивается отсутствием глубоких искренних чувств при большой выразительности, театральности переживаний, при склонности к рисовке и позерству.

Все эти черты нередко намечаются с детских лет. Такой ребенок не выносит, когда при нем хвалят других детей, другим уделяют внимание. Игрушки ему быстро надоедают и часто служат лишь предметом хвастовства перед другими малышами. Насущной потребностью рано становится привлечение к себе взоров, выслушивание восторгов и похвал. Для этого дети с истероидными чертами охотно декламируют стихи, танцуют, поют. Успехи в учебе во многом определяются тем, ставят ли их в пример другим.

В подростковом возрасте с той же целью привлечь к себе внимание, прежде всего товарищей, могут использоваться нарушения поведения. Делинквентность сводится к прогулам, нежеланию работать и учиться, так как «серая жизнь» их не удовлетворяет, а занять в учебе и труде престижное положение, которое бы тешило их самолюбие, у них не хватает ни способностей, ни, главное, настойчивости. Тем не менее безделье и праздность сочетаются с очень высокими, фактически не удовлетворимыми претензиями в отношении будущей профессии. Склонны к вызывающему поведению в общественных местах. Более тяжелых нарушений поведения обычно избегают.

Побеги из дома могут начаться с детских лет. Убежав, дети или подростки стараются быть там, где их будут искать, или обратить на себя внимание милиции (такие демонстративные побеги обычно являются следствием реакции оппозиции). Склонны преувеличивать свою алкоголизацию: прихвастнуть огромным количеством выпитого или блеснуть изысканным выбором алкогольных напитков. Иногда такие подростки готовы изобразить из себя наркоманов. Наслышавшись о наркотиках, попробовав раз-другой какой-либо доступный суррогат, они любят расписывать свои наркотические эксцессы, необычный «кайф», прием экстравагантных наркотиков, вроде героина или ЛСД. Детальный расспрос обнаруживает, что нахватанные сведения быстро истощаются.

Если ничем другим не удастся привлечь к себе внимание, то в ход могут пускаться мнимые болезни, ложь и фантазии. Последние всегда предназначаются для окружающих. Выдумывая, легко вживаются в роль, вводят в заблуждение доверчивых людей.

Истероидная акцентуация нередко сочетается с психическим инфантилизмом (гармоничным психофизическим или с психическим на фоне физической акселерации). Вследствие инфантилизма в подростковом возрасте сохраняется детская реакция оппозиции на утрату или уменьшение внимания со стороны близких, на потерю роли семейного кумира. Проявления этой реакции могут быть теми же, что и в детстве — уход в болезнь, попытки избавиться от того, на кого переключилось внимание (например, заставить мать разойтись с появившимся отчимом). Но чаще реакция оппозиции проявляется подростковыми нарушениями поведения — выпивки, знакомство с наркотиками, прогулы, воровство, асоциальные компании сверстников — все это предназначается лишь для того, чтобы языком поступков просигнализировать близким: «Верните мне прежнее внимание и заботу, иначе я сойду с пути».

Реакция эмансипации может иметь бурные внешние проявления — громогласные требования свободы, конфликты и т. п. На самом же деле настоящей свободы и самостоятельности вовсе не ищут, от внимания и забот близких вовсе не жаждут избавиться.

Реакция группирования со сверстниками сопряжена с претензиями на лидерство или на исключительное положение в группе. Не обладая ни достаточной стеничностью, ни бестрепетной готовностью подчинять себе других, такие подростки добиваются ведущего положения иными средствами. Обладая хорошим интуитивным чутьем настроения в группе, еще только назревающих в ней желаний, стремлений, событий, истероидные подростки становятся их первыми выразителями, застрельщиками, зажигателями. В порыве, воодушевленные обращенными на них взорами, могут повести за собой других, даже проявить отвагу. Но всегда оказываются вожаками на час, так как перед неожиданными трудностями пасуют, друзей легко предают, лишены восхищенных взглядов, сразу теряют весь задор. Пытаются также возвыситься в среде сверстников, «пуская им пыль в глаза» рассказами о своих былых «удачах» и «похождениях». Товарищи вскоре распознают за внешними эффектами внутреннюю пустоту. Поэтому истероидные подростки не склонны подолгу задерживаться в одной группе сверстников и охотно устремляются в новую, уверяя, что «разочаровались в прежних приятелях».

Увлечения целиком питаются эгоцентризмом. Для этого может выбираться и художественная самодеятельность (особенно те ее виды, которые популярны в среде сверстников). Но той же цели могут служить и гимнастика йогов, и модные философские течения, и необычные коллекции и многое другое, если только оно не требует слишком упорного труда и позволяет покрасоваться перед другими.

Сексуальное влечение не отличается ни силой, ни напряженностью. В сексуальном поведении также много театральной игры. Юноши чаще скрывают свои сексуальные переживания, уходят от бесед на эти темы, чувствуя, что среди товарищей в этой области они могут легко оказаться не на «высоте». Девочки, наоборот, склонны афишировать свои действительные и выдумываемые несуществующие связи, способны на оговоры и самооговоры, могут разыгрывать роль распутниц и проституток, наслаждаясь ошеломляющим впечатлением на собеседника.

Самооценка очень далека от объективности. Обычно представляют себя такими, какими в данный момент можно скорее всего обратить на себя внимание.

Удары по эгоцентризму являются самыми чувствительными для истероидной натуры. Неспособность занять видное положение среди сверстников, разоблачение приукрашивающих вымыслов с перспективой быть осмеянными и низвергнутыми с пьедестала, крах надежд при высоком уровне притязаний, утрата внимания со стороны значимых лиц — все это может повести и к острым аффективным реакциям демонстративного типа, включая суицидальные демонстрации, и к истерическому неврозу, и к демонстративным нарушениям поведения. Сочетание истероидной акцентуации с потворствующей гиперпротекцией в воспитании («кумир семьи») легко приводит к психопатическому развитию.

Неустойчивый тип. С детства отличаются непослушанием, непоседливостью, всюду и во все лезут, но при этом трусливы, боятся наказаний, легко подчиняются другим детям. Элементарные правила поведения усваивают с трудом. За ними все время приходится следить. У части встречаются симптомы невропатии (ночной энурез, заикание и др.).

С первых классов школы нет желания учиться. Нехотя подчиняются при строгом контроле, но всегда ищут случай отлынивать от занятий. Полное безволие обнаруживается, когда дело касается любого труда, исполнения обязанностей и долга, достижения целей, которые ставят перед ними старшие.

Рано выявляется повышенная тяга к удовольствиям, развлечениям, праздности, безделью. Убегают с уроков в кино или просто погулять по улице. Подстрекаемые более стеничными товарищами, могут ради компании убежать из дома. Охотно подражают и подчиняются тем, чье поведение сулит наслаждения, веселье и смену легких впечатлений. Готовы все дни проводить в уличных компаниях. Еще детьми начинают курить. Легко идут на мелкие кражи.

Когда становятся подростками, то прежние развлечения, вроде кино, теперь уже не забавляют. Ищут более острых и сильных ощущений — в ход идут хулиганские поступки, алко-

голизация, проявляется интерес к наркотизации. Нарушения поведения, делинквентность прежде всего обусловлены желанием поразвлечься. Выпивки начинаются рано (иногда с 12–14 лет) и всегда в компании асоциальных приятелей. Поиск необычных впечатлений легко толкает на правонарушения.

Реакция эмансипации тесно сопряжена все с тем же желанием удовольствия и развлечения. Глубокой любви к близким они никогда не питают. К семейным бедам и заботам относятся с равнодушием. Родные для них — прежде всего источник средств для развлечений. Реакция группирования проявляется в раннем тяготении к уличным асоциальным компаниям. Неспособные сами занять себя, плохо переносят одиночество и в этих компаниях прежде всего ищут места для развлечений. Трусость и недостаточная инициативность приводят к тому, что неустойчивые подростки легко становятся орудием таких групп. В групповых правонарушениях им приходится таскать каштаны из огня, а плоды пожинают более стеничные члены группы.

Все увлечения, требующие какого-то труда, для них непостижимы. Доступным оказывается только информативно-коммуникативный тип хобби, да еще азартные игры. Отсюда многочасовая пустая болтовня со случайными приятелями, детективно-приключенческие интересы — все это питается жаждой впечатлений, новой легкой информацией, не требующей никакой интеллектуальной переработки. Знакомства предпочитают такие же легкие, как получаемая информация, они нужны только, чтобы ею обмениваться. Веселая компания всегда важнее преданного друга. Полученные сведения легко забываются, в подлинный их смысл не вникают, никаких выводов не делается. К занятиям спортом испытывают отвращение. Только автомашина и мотоцикл представляются заманчивыми как источники почти гедонического наслаждения бешеной скоростью с рулем в руках. Но упорные занятия и здесь отталкивают. Предпочитается угон автомашин и мотоциклов с целью покататься. Художественная самодеятельность не привлекает, даже модные ансамбли скоро приедаются.

Сексуальное влечение не отличается силой, но пребывание в уличных группах ведет к раннему сексуальному опыту, включая знакомство с извращениями. Сексуальная жизнь стано-

вится таким же источником развлечений, как выпивки и хулиганские похождения. Романтическая влюбленность проходит мимо неустойчивых подростков, чувство влюбленности для них остается незнакомым.

Учеба легко забрасывается. Никакой труд не привлекает. Работают только в силу крайней необходимости. Поражает равнодушие к своему будущему — не строят планов, не мечтают о какой-либо профессии или о каком-либо положении для себя. Живут только настоящим, желая извлечь из него максимум удовольствий. От трудностей, неприятностей и испытаний стараются убежать. С угрозой наказания бывают связаны первые побеги из дома и из интернатов. Повторные же побеги нередко обусловлены тягой к «свободной жизни».

Слабоволие и трусость позволяют удерживать неустойчивых в условиях сурового и жестко регламентированного режима. Когда безделье грозит наказанием, а ускользнуть некуда, они нехотя смиряются и работают. Самооценка обычно необъективна: себе приписывают гипертимные или конформные черты. Главное «слабое звено» неустойчивой акцентуации — остаться без пристального надзора, быть предоставленным самому себе.

Скрытая акцентуация по неустойчивому типу обнаруживается, когда подросток, до определенного момента бывший под строгим присмотром, в силу обстоятельств внезапно оказывается лишенным постоянного контроля. Он сразу же попадает в асоциальную компанию, начинает алкоголизироваться и совершает правонарушения.

При воспитании по типу гипопротекции из неустойчивой акцентуации развивается психопатия.

Конформный тип. Главная черта — постоянная и чрезмерная конформность к своему непосредственному привычному окружению. Жизненное правило — думать «как все», поступать «как все», стараться, чтобы все было «как у всех» — от одежды и манеры вести себя до мировоззрения и суждений по животрепещущим вопросам. При этом под «всеми» подразумевается привычное окружение. От него стараются ни в чем не отстать, но и не любят выделяться, забегать вперед. Это особенно проявляется на отношении к модам одежды. Когда

появляется какая-либо новая мода, то нет больших ее хулителей, чем представители конформного типа. Но как только их среда осваивает новую моду, они сами облачаются в эту одежду, забыв о том, что говорили ранее.

В жизни любят руководствоваться сентенциями и в трудных случаях ищут в них утешения и оправдания («утраченного не воротишь» и т. п.). Стремясь всегда соответствовать окружению, совершенно не могут ему противостоять. Поэтому оказываются полностью продуктом своей микросреды. В хорошем окружении становятся неплохими людьми, исполнительными работниками. Но, попав в дурную среду, со временем усваивают все ее обычаи и привычки, манеры и правила поведения, как бы все это ни противоречило прежнему модусу жизни и как бы пагубно ни было. Хотя адаптация к новой среде происходит медленно и первое время тяжело, но, когда она уже осуществилась, новая среда становится таким же диктатором поведения, каким раньше была прежняя. Поэтому конформные подростки «за компанию» легко спиваются, могут быть втянуты в групповые правонарушения.

Конформность сочетается с поразительной некритичностью. Все, что говорит привычное окружение, все, что приносят привычные каналы информации, — это и есть истина. И даже если по этим каналам начинают поступать сведения, явно противоречащие действительности, они по-прежнему принимаются за чистую монету.

Консерватизм идет рука об руку с конформностью. Новое не любят, потому что не могут к нему быстро приспособиться. Трудно осваиваются в новой обстановке. Правда, в наших условиях они открыто в этом не признаются, потому что в подавляющем большинстве наших микроколлективов чувство нового высоко ценится, новаторы поощряются и т. п. Но положительное отношение к новому остается только на словах. На деле же предпочитается стабильное окружение и раз навсегда установленный порядок. Нелюбовь к новому прорывается наружу беспричинной неприязнью к чужакам. Это касается и просто новичка, появившегося в «своей» группе, и особенно представителя другой среды, другой манеры держать себя и даже другой национальности.

Опекаемое взрослыми детство не дает чрезмерных нагрузок для конформного типа и проходит без нарушений. Поэтому только в подростковом возрасте начинают выявляться конформные черты. Учеба с ее четкой регламентацией и стабильным режимом не представляет чрезмерных трудностей.

Конформные подростки очень дорожат местом в привычной группе сверстников, стабильностью этой группы, постоянством окружения. Нередко решающим в выборе профессии или в избрании места, где продолжать учебу, является то обстоятельство, что в то или иное учебное заведение поступают большинство товарищей. Если привычная подростковая группа почему-либо отвергает конформного подростка, то это воспринимается как одна из самых тяжелых психических травм. Реакция эмансипации ярко проявляется только в том случае, когда родители и воспитатели отрывают конформного подростка от привычной ему среды сверстников, когда они противодействуют его стремлению быть «как все», перенять распространившиеся подростковые моды, увлечения, манеры, намерения. Увлечения конформного подростка целиком определяются его средой и велением времени.

Слабое место в конформном характере — непереносимость крутых перемен. Ломка жизненного стереотипа, лишение привычного общества может послужить причиной реактивных состояний. К острым аффективным реакциям особой склонности не обнаруживается. Дурное влияние среды чаще всего толкает к алкоголизации.

Психопатий конформного типа не бывает. Гипопротекция, безнадзорность, асоциальное окружение могут привести к психопатическому развитию по неустойчивому типу (конформно-неустойчивый вариант, по А. А. Александрову, 1978). Воспитание в условиях жестоких взаимоотношений приводит к эпилептоидизация.

Самооценка конформных подростков может быть неплохой. Большая часть из них довольно правильно отмечает основные черты своего характера.

Конформно-гипертимный тип представляет собой особый вариант конформного типа (Иванов Н. Я., 1972). Ему, помимо выраженной конформности, присуща повышенная виталь-

ная самооценка. Такие подростки несколько эйфоричны, подчеркивают свое здоровье, бодрость, хороший аппетит и сон. Им свойственна чрезмерно оптимистическая оценка своего будущего, убежденность в исполнении желаний. Но этим и ограничивается их сходство с гипертимным типом. Ни активности, ни живости, ни предприимчивости, ни инициативы, ни умения лидировать они не обнаруживают. Во всем остальном господствует конформность — такие подростки податливы дисциплине и регламентированному режиму, особенно если все это соблюдается окружающими.

Смешанные типы. Эти типы составляют почти половину случаев явных акцентуаций. Их особенности нетрудно представить на основании предыдущих описаний. Встречающиеся сочетания не случайны. Они подчиняются определенным закономерностям. Черты одних типов сочетаются друг с другом довольно часто, а других практически никогда. Существует два рода сочетаний.

Промежуточные типы обусловлены эндогенными закономерностями, прежде всего генетическими факторами, а также, возможно, особенностями развития в раннем детстве. К ним относятся уже описанные лабильно-циклоидный и конформно-гипертимный типы, а также сочетания лабильного типа с астено-невротическим и сензитивным, астено-невротического с сензитивным и психастеническим. Сюда же могут быть отнесены такие промежуточные типы, как шизоидо-сензитивный, шизоидо-психастенический, шизоидо-эпилептоидный, шизоидо-истероидный, истероидно-эпилептоидный. В силу же эндогенных закономерностей возможна трансформация гипертимного типа в циклоидный.

Амальгамные типы — это тоже смешанные типы, но иного рода. Они формируются как следствие напластования черт одного типа на эндогенное ядро другого в силу неправильного воспитания или иных хронически действующих психогенных факторов. Здесь также возможны далеко не все, а лишь некоторые наслоения одного типа на другой. Подробнее эти явления рассматриваются в главе о психопатических развитиях. Здесь же следует отметить, что гипертимно-неустойчивый и гипертимно-истероидный типы представляют собой присо-

единение неустойчивых или истероидных черт к гипертимной основе. Лабильно-истероидный тип обычно бывает следствием наслоения истероидности на эмоциональную лабильность, а шизоидно-неустойчивый и эпилептоидно-неустойчивый — неустойчивости на шизоидную или эпилептоидную основу. Последнее сочетание отличается повышенной криминогенной опасностью. При истероидно-неустойчивом типе неустойчивость является лишь формой выражения истероидных черт. Конформно-неустойчивый тип возникает как следствие воспитания конформного подростка в асоциальном окружении. Развитие эпилептоидных черт на основе конформности возможно, когда подросток вырастает в условиях жестоких взаимоотношений. Другие сочетания практически не встречаются.

В. П. Кащенко

НЕДОСТАТКИ ХАРАКТЕРА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ¹

I. Ребенок — норма и патология. Между нормальным типом поведения, нормальным характером и патологическим характером, отмеченным явно болезненными чертами вроде безволия, безмерной активности, чрезмерного увеличения аффектов, гнева и страха, резко выраженной внушаемости, навязчивых мыслей и действий и т. п., располагается неизмеримое количество переходных ступеней от здорового к больному характеру. Вследствие этого нет возможности провести четкую грань между нормальным и трудным характером, характером с ненормальными уклонами, дефектами, иначе говоря, между

¹ Печатается по изд.: Кащенко В. П. Педагогическая коррекция: Испр. недостатков характера у детей и подростков: Кн. для учителя. — М.: Просвещение, 1992. — С. 26–44. Книга, написанная в 1930-е годы, посвящена проблеме исправления отклонений в развитии личности детей с помощью педагогических и психотерапевтических методов.

естественными проявлениями характера и патологическими (болезненными) его чертами.

На этом основании довольно затруднительно дать правильную оценку, например, припадкам гнева, которые относительно часто встречаются среди детей. Подобные припадки нередко наблюдаются также у вполне нормальных детей, которые, будучи маленькими деспотами, понимают, что этим способом они могут заставить сделать по-своему.

Гнев у нервно-психопатичных детей также проявляется в виде припадков, которые весьма трудно отличить от тех, что бывают у нормальных детей. И только опытному глазу специалиста удастся отметить разницу и установить, что у детей нервных и психопатов вспышки гнева наступают неожиданно, без всякого видимого повода, как «молния на светлом небе»; ему нетрудно будет обнаружить, что мотивы подобных припадков у этих детей недостаточны и не могут быть их основанием. Но все же резкую границу между нормальной вспышкой гнева и гневом как психопатологическим симптомом (признаком) провести нельзя.

Известно, что первый период детства характеризуется чрезвычайной телесно-психической подвижностью. Поэтому в каждом отдельном случае трудно определить, нужно ли эту подвижность считать болезненным явлением и даже нервно-психопатическим симптомом, или она представляет выражение естественной особенности ребенка.

Другие аффекты, т. е. внезапные сильные кратковременные проявления чувств, также свойственны и совершенно нормальным, и патологическим детским характерам; переход от физиологического выражения до невменяемых взрывов чувств имеет много ступеней.

Отличить нормальный характер от болезненно-извращенного бывает затруднительно еще и потому, что мы до сих пор не имеем научного определения так называемой нормы личности. И когда серьезно ставится такой вопрос, то на него зачастую даются шуточные ответы. Мне вспоминается высказывание Энрико Ферри.

«Недавно, — говорит он, — известный итальянский профессор Ломброзо получил в моем присутствии телеграмму

с вопросом: что такое нормальный человек? Телеграмма была послана редакцией американской газеты *New York Herald*, и от правители, конечно, с нетерпением ждали ответа. Однако им пришлось разочароваться, так как вместо напыщенного превознесения биосоциологических благодеяний знаменитый ученый ответил им приблизительно в такой форме: “Это есть человек, обладающий хорошим аппетитом, хороший работник, эгоист, практичный, терпеливый, обращающий внимание на всякую силу... домашнее животное”».

Ввиду невозможности дать строго научное толкование понятию человеческой нормы, за нормальное признается просто среднее и в то же время наиболее часто встречающееся значение. Это среднее также не будет постоянным явлением, а будет меняться в зависимости от социально-экономических, культурно-исторических, климатических и прочих условий эпохи. Некоторые психиатры поэтому не делают различия между психопатами и нормальными людьми с психопатическими чертами. Фактически между нормальными и психически больными существует столько же градаций, сколько людей вообще.

Современные психиатры, особенно германские во главе с Кречмером, придерживаются следующего взгляда: они смешивают нормальных и ненормальных на том основании, что природа не ставит границ между патологическим и нормальным. Шизотимия (схизотимия) — нормальный тип; шизоидия — тот же, только более резко выраженный тип, а шизофрения (схизофрения) — еще более интенсивная форма шизотимического типа. Кречмер и др. считают, что шизотимическим темпераментом и, следовательно, склонностью к аутизму (болезненному самососредоточиванию) обладали великие люди Тассо и Иммануил Кант. Некоторые авторы утверждают, что гениальный исследователь природы Дарвин и сам Кант были людьми с уклоном к ненормальности.

Кречмер учит также, что шизотимический и циклотимический типы являются основными типами среди нормальных людей. Этим типам человеческой нормы, бесконечно меняясь и варьируясь, соответствуют два психических расстройства — шизофреническое и циркулярное. Таким образом, в этом уче-

нии устанавливается непрерывная связь между поведением нормального и психически ненормального человека.

Однако все же есть существенное различие между нормальными и ненормальными людьми. Оно состоит в том, что психические черты у нормального ребенка являются случайным признаком, от которого он может легко отделаться, если захочет и сделает соответствующее усилие. Психопаты и нервные дети не могут этого сделать, так как не в состоянии достаточно проявить волевого усилия. Нормальные поддаются обычному воспитанию, они видят, как ведут себя взрослые или их сверстники; стремление достичь чего-либо приводит их само собой к известному уровню социального приспособления. У детей исключительных в отношении характера большую роль играет не только слабая, заторможенная восприимчивость к воспитанию, но и многие другие факторы, лежащие внутри их самих, в силу чего они не могут поступать иначе. Они странны, они иные, чем другие дети, они невропаты или психопаты вследствие ненормальности главным образом их активно-волевого усилия и чувств (эмоциональных реакций).

Когда врач называет ребенка психастеником или истериком, то он, в сущности, определяет не болезнь ребенка, а его характер (Поль Дюбуа). Другими словами, мы в данном случае отмечаем поражение не одной какой-либо определенной части организма, не одного определенного органа, — все поведение ребенка в целом обнаруживает те или иные ненормальности. Изложить дефекты детского и юношеского характера — это значит описать симптомы истерических, психастенических, неврастенических и патологических характеров, иначе называемых психопатическими конституциями. Здесь описываются проявления тех ненормальных характеров, которые распространены и сильно дают о себе знать в семье, школе и медико-педагогических учреждениях. В нашу задачу не входит описание всех дефектов характера. Мы берем главным образом основные недочеты и те, которые вследствие неправильного или недостаточного воспитания превратились в нервно-психопатические симптомы (признаки).

II. О группировке характеров и их недостатков. Переходя к описанию недостатков характера, мы должны предупред-

дить читателя, что этот вопрос в науке до сих пор является совершенно неразработанным. Еще нет разграничения характеристики от учения о темпераментах, лучше сказать, что эти две отрасли науки о поведении человека не объединены в их органический синтез; другими словами, не создана типология человеческого поведения. Существующая же типология, например Кречмера и его школы, во-первых, преимущественно биологична, во-вторых, мало пригодна для задач классификации детских характеров. Поэтому в настоящее время мы затрудняемся дать исчерпывающую группировку дефектов характера у детей. Однако наша многолетняя практика дала некоторый эмпирический список этих отклонений, изложению которых мы посвящаем эту главу.

Нам кажется, что всякий конкретный случай является своеобразным, пока недостаточно изученным структурным образованием, которое возникает в результате специфического сочетания эмоционального и мыслительного поведения ребенка, а также его активности. Причем каждый из этих трех моментов в зависимости от общей структуры поведения сам может быть или выявлен в очень сильной степени, или ненормально понижен. Как нам кажется, в подобных сочетаниях один из моментов поведения играет преимущественное значение, он является повышенным, ненормально развитым. Исходя из этого и никогда не забывая принципа целостности в понимании поведения ребенка, мы могли бы расчленить недостатки характера на *преимущественно эмоциональные* и *преимущественно активно-волевые*. Также следует иметь в виду, что здесь мы не занимаемся этиологией недостатков детского характера, которые онто- или филогенетически находятся под определяющим влиянием социально-экономических условий.

III. Недостатки характера, преимущественно эмоционально обусловленные.

1. Неустойчивость, противоречивость.
2. Повышенная возбудимость аффектов.
3. Сильная острота симпатий и антипатий к людям.
4. Импульсивность поступков.
5. Исступленный гнев.
6. Пугливость и болезненные страхи (фобии).

7. Пессимизм и чрезмерная веселость.
8. Равнодушие, безучастность.
9. Нечистоплотность. Педантизм.
10. Страстное чтение.

1. Очень частым дефектом характера является его *порывистость, неровность, неустойчивость, противоречивость*. Избитая поговорка «от радости скачет, до смерти плачет» здесь очень подходит. Ребенку недостает уравновешенности, постоянства. Графически настроение его описывает большую кривую, подъем и падение которой находятся на далеком расстоянии. Такие кривые резко поднимаются и сразу падают. Очень часто перемена настроения происходит без всякой видимой причины. Почти внезапно радость сменяется печалью, твердость — слабостью, суетливая деятельность — бездеятельностью, бодрость — скукой, оживление — усталостью, и наоборот. Любовь переходит в ненависть, ненависть — в любовь. Обращают на себя внимание внезапность и резкость. Однако не всегда такое превращение бывает мгновенным, иногда оно происходит постепенно. За неделями бодрого, радостного настроения следуют недели пассивности, грусти, депрессии.

2. Следующим недостатком является *раздражительность, быстрая и легкая возбудимость аффектов*. Все приятные и неприятные переживания, эмоциональные реакции проявляются необузданно и безудержно. Смех и плач также безудержны. Невропат и психопат смеются по ничтожнейшему поводу, как чему-то необычайно остроумному, плачут из-за пустяков, как будто им причинена сильная боль. И плачут, и смеются они долго, они не могут перестать смеяться или плакать. Больное волевое усилие не ставит преград возбуждению, не контролирует его.

Отсюда происходят так называемые детские капризы, когда ребенок, например, сначала просит, чтобы отец не уходил на работу, затем требует этого повышенным тоном, далее начинает кричать и плакать, крики усиливаются и делаются неистовыми, ребенок топает ногами, бросается на пол, бьется головой или бросается на мать, отца, бабушку, бьет их чем попало. И так каждый день при уходе отца; в скором времени подобное проделывается и в другой связи и повторяется сна-

чала 3–4 раза, а затем и 10–12 раз в день. Окружающие вконец терроризированы ребенком и панически его боятся. Обычно это бывает тогда, когда родители не приняли решительных мер в самом начале появления капризов и проявляли слишком большую уступчивость, как было это в одной семье рабочего, а также вследствие того, что ребенок не был занят соответственно своему возрасту, много бездельничал и часто скучал.

Когда наступает такой припадок, следует прежде всего позаботиться о том, чтобы ребенок как-нибудь себе не повредил. Совершенно не следует ребенка уговаривать, ласкать, причитывать над ним, самое лучшее не обращать внимания и дать ему, как выражаются, правда, несколько грубо, перебеситься и скорее успокоиться. После 5–6 лет на детей можно уже действовать разумом, указывая на их нехорошее поведение, но опять-таки не во время припадков, а когда ребенок придет в себя. К телесным наказаниям вовсе не следует прибегать, так как они резко ухудшают нервно-психическое состояние ребенка и, если часто применяются, создают в нем злобность и скрытность.

Такая возбудимость аффектов, естественно, стоит в тесной связи с уже отмеченными недостатками характера. Аффективное возбуждение всегда обусловлено каким-либо раздражителем, но перемена настроения может часто происходить помимо всякого внешнего стимула. Чуткость детей с нервно-психопатической конституцией особенно проявляется в загадочной легкости, с которой они относятся к людям. В течение четверти часа они могут высказывать двум различным людям совершенно противоположные вещи — именно потому что они воспринимают их мысли.

3. Сильная возбудимость аффектов, приятных и неприятных ощущений проявляется также и в *остроте симпатий и антипатий к людям*, и в их порой слишком явном выражении. Существуют психопатические дети, которых нельзя заставить подать руку взрослым или сверстникам, которые им не нравятся, антипатичны.

4. Другой стороной аффективной возбудимости является *импульсивность поступков*, побуждений у детей, исключительных по характеру. Эта импульсивность ставит воспитателя всегда перед новыми, поражающими фактами. Все, что до-

ставляет удовольствие, должно быть получено. Волевое усилие не только не останавливает простирающуюся руку, но даже не задерживает ее.

5. В тяжелых случаях ненормального характера раздражительность при известных обстоятельствах еще более усиливается и переходит тогда в так называемое *гневное бешенство*, т. е. в припадки *исступленного гнева*. Появляется припадок яростного разрушения, и человек набрасывается с ножом даже на близких, любимых людей и т. д.

Раздражительность и припадки гневного состояния особенно сильно проявляются в период полового созревания. Многие сопутствующие обстоятельства благоприятствуют этому: болезнь или смерть отца, семейная разруха, заброшенность и т. д. Аффект гнева, бурно прорывающийся у таких детей, ведет прежде всего к тяжелым семейным конфликтам. Здесь легко открывается путь к преступности, к агрессивным выходкам, не щадящим ни здоровья, ни жизни окружающих, подчас очень любимых и уважаемых ребенком. Такая раздражительность часто сменяется раскаянием в совершенных поступках, известным пониманием болезненности этих явлений; подростки страшатся самих себя и усиления своей антисоциальности. Однако удержаться, употребить волевое усилие, чтобы не поддаться раздражению, они не могут и нередко сами ищут помощи и перевоспитания (коррекции) в специальных учреждениях.

В социальном отношении раздражительность подростков имеет большое значение. После долгого терпеливого выжидания родители или лица, их заменяющие, вынуждены отказаться от них. Школьные работники, естественно, менее терпеливы. В результате перемена школ, мест работы, службы открывает дорогу к преступлениям и затем в медико-педагогические учреждения.

6. *Пугливость, боязливость и страхи (фобии)* у исключительных по характеру детей и подростков выражены в разной степени и в разнообразных формах. Встречаются дети, которые сильно вздрагивают, вскрикивают, меняются в лице и вообще пугаются при малейшем шуме, стуке. Некоторые из них боятся домашних безобидных животных (кошек, кур и т. п.), другие боятся ездить по железной дороге, проходить около те-

кущей воды, боятся трогать самые обыкновенные вещи. Своеобразная боязнь темноты выражается в том, что ребенок при наступлении сумерек прячется или ни за что не хочет остаться один, хотя бы на короткое время, в темноте. Такие дети не переносят пребывания в темном или слабо освещенном месте. Бывает, что дети с трудным характером не решаются ночью позвать старших из-за страха собственного голоса.

В некоторых случаях причина непосещения школы кроется в боязливости. Заставить таких детей посещать школу весьма нелегко.

Страх пространства — еще одна часто встречающаяся у психопатов форма. Такой ребенок может без затруднений пройти весь путь от дома до школы, однако один он этого сделать не в состоянии. Боязнь пространства может быть настолько сильной, что ребенок не может свернуть с дороги при виде надвигающегося трамвая. Бывает также страх в ожидании страха. Нередко здесь дело обстоит так же, как с бессонницей у взрослых, которая зачастую поддерживается у них только представлением о том, что им не удастся уснуть.

Болезненные страхи у детей по степени своих проявлений бывают легкие и тяжелые. К последним надо отнести наряду с другими и страх еды, часто связанный с определенным расстройством пищеварения или же коренящийся в необходимости есть неприятную для ребенка пищу. Благодаря такому отношению дети избегают приемов пищи и сильно слабеют от длительного недоедания.

Припадки гнева, с одной стороны, и вспышки страха, с другой, намеренно выделены нами в отдельные дефекты характера. Правда, они отходят от одного и того же ствола — аффективной возбудимости, но представляют два совершенно различных проявления одной первопричины; к тому же они далеко выходят за пределы простой раздражительности.

7. Можно сказать, что ребенок, не умеющий смеяться, радостно и громко шалить, у которого усталое безразличие и ворчливая раздражительность составляют основной фон жизни, не есть нормальный ребенок. *Пессимизм*, особенно присущий юношескому возрасту, — аномальное свойство характера, так же как и его противоположность — постоянная, *чрез-*

мерная веселость. Полувзрослые юноши и девушки томятся в лабиринте своих мрачных переживаний, они видят лишь осеннюю сторону жизни, лишь мелкие неприятности и невзгоды будней; уединяются и часами мечтают или предаются самоанализу. В своих делах они весьма неповоротливы, никогда не довольны тем, что сделали, начинают сначала, вычеркивают, исправляют, снова начинают и тем доводят себя до отчаяния. Все, связанное со школой, служит для них неиссякаемым источником страдания. У подобных субъектов редко бывают товарищи и друзья, разве что такие же, как они сами; здоровые, сильные, жизнерадостные дети с презрением отворачиваются от них или дают им почувствовать свое превосходство.

8. Раздражительности и импульсивности противопоставляются *безучастность и равнодушие*, причем иногда наряду с раздражительностью в одном и том же психопате. Некоторые психопаты равнодушны к происходящему в окружающей их среде и к речам окружающих их людей. Звуки доходят до их ушей и проносятся мимо, образы теснятся перед их глазами и скользят бесследно. События и слова не запечатлеваются психикой. В повседневной жизни про таких людей говорят, что они апатичны, пассивны, с замедленными умственными и общепсихическими процессами, с недостатком энергии, инициативы и, конечно, со школьной неуспеваемостью. Нередко подобного рода пассивность является следствием плохого физического состояния, улучшение которого творит чудеса в смысле перемены характера.

Хорошей иллюстрацией может служить весьма распространенный, можно сказать, классический, случай с племянником Бетховена на склоне его лет. Любовь к племяннику была, может быть, «...единственной слабостью, от которой он не мог отделаться, которую не мог преодолеть и отдалить от храма своего искусства, как это сделал со всеми другими страстями. Он имел вполне здравые взгляды на воспитание, но у него не хватало сил осуществлять свои мероприятия по отношению к племяннику. Ласковая просьба Карла, обиженно-плаксивая мина расстраивали все планы Бетховена. Самая нерассудительная, самая снисходительная мать не могла быть более беспомощной, чем строгий, страстный Бетховен по отношению

к своему Карлу. И племянник инстинктом ребенка, желающего добиться своего, угадывает слабость дяди и старается ее использовать. Когда не оказывает должного действия ласковая вкрадчивость, должны помочь угрозы. Бетховен прекрасно знает свое собственное бессилие. Он старается заменить недостающую энергию упрасиваниями и упреками, в которых, впрочем, спустя мгновение извиняется... Жалобы дяди наводят на него скуку и только неприятно поражают его, как стеснительный каприз старого, назойливого глупца. В ответ на свои увещевания Бетховен получает недвусмысленные доказательства равнодушия племянника. И все-таки он не может его покинуть: любовь заставляет его терпеть и с героическим усилием каждый раз снова начинать борьбу».

С этим случаем невольно ассоциируется другой, не менее рельефный и весьма показательный пример взаимоотношения между Достоевским и пасынком Павлом Исаевым: то же безразличие и равнодушие со стороны пасынка. У Достоевского — любовь и активное стремление воспитать пасынка, во всем и всегда помочь ему, невзирая на нелепые выходки и тяжелые неприятности, на которые Павел Исаев был особенно падок.

9. У многих детей с трудным характером мы встречаем *нечистоплотность*, иногда резко выраженную. Они пачкают себе тело грязью, копаются в грязи, поедают всевозможные отвратительные отбросы. Следует упомянуть здесь также обгрызание когтей. В противоположность этому, мы встречаем иногда необыкновенную *чистоплотность*, проявляющуюся большей частью в преувеличенном мытье рук и в поразительной боязни прикоснуться к предметам.

10. По нашим наблюдениям, у детей с исключительным характером имеются две формы ненормального, *неудержимого чтения*, которое целиком поглощает ребенка, когда он живет только им, совершенно игнорируя окружающую жизнь: периодическая, запойная и постоянная форма. Эту последнюю на основании собственных переживаний очень красочно описал в своей «Исповеди» знаменитый писатель и педагог Жан-Жак Руссо: «...я читал все с одинаковой жадностью. Читал за рабочим столом, читал на ходу, когда меня посылали с поручени-

ем, читал в уборной, в самозабвении проводя там целые часы: голова моя шла кругом от чтения, я только и делал, что читал. Хозяин подкарауливал меня, наступал, бил, отнимал книги. Сколько их было разорвано, сожжено, выброшено за окно!..

Чтение отбило у меня охоту ко всякой деятельности... От брани, побоев, чтения украдкой и без разбора я сделался молчаливым и угрюмым; рассудок мой начал мутиться, и я стал жить, как настоящий бирюк».

Однажды на приеме в Медико-педагогической консультации II Московского государственного университета мальчик 8 лет, сын наборщика, подробно рассказал, что он прочитал Майн Рида, очень много приключенческих брошюр, 4 раза перечитывал «Трех мушкетеров», Пушкина, Гоголя, «Войну и мир», «Анну Каренину», «Лечебник по всем болезням», проглотил немало книг по книгопечатанию и т. п. Он часами оставался в отсутствие родителей дома и все это время проводил за чтением: он читал все, что попадалось под руку. Далее сообщил, как он читал: подолгу, по несколько часов кряду не отрывался от книги, читал во время еды, в туалете, брал книгу с собой в постель, чтобы по утрам, рано проснувшись, насладиться ею. Если родители возвращались поздно, то он, конечно, весьма сокращал свой сон еще и несвоевременным засыпанием. В школе на него жалуются, что он вовсе не играет, не резвится, не имеет товарищей. Вследствие всего этого мальчуган очень побледнел, осунулся, замкнулся, стал апатичным и, таким образом, потерял природу ребенка.

Страстное чтение и тем более раннее, как у этого пациента, вредно действует на весь организм ребенка и, в частности, на его нервную систему, потому что он лишается пребывания на свежем воздухе, здорового расходования мышечной энергии, всего необходимого для правильного развития, общения с товарищами. В результате — чрезмерное напряжение и переутомление мозга.

Чтение не только необычайно расширяет у ребенка кругозор перевоплощения, но развивает способность объективировать в сознании образы людей и обстановку в столь яркие и живые формы, что они приближаются к галлюцинациям. Любители чтения книг подобны потребителям гашиша. Тонкий

яд, проникающий в их мозг, делает их нечувствительными к миру действительности и отдает их во власть чарующих или ужасных фантомов.

IV. Недостатки характера, обусловленные преимущественно активно-волевыми моментами.

1. Болезненно выраженная активность.
2. Интенсивная болтливость.
3. Постоянная жажда наслаждений.
4. Отсутствие определенной цели.
5. Безудержность.
6. Рассеянность.
7. Бесцельная ложь.
8. Бессмысленное воровство.
9. Мучительство животных.
10. Злорадство и издевательство над окружающими людьми.
11. Негативизм.
12. Деспотизм.
13. Чрезмерная нерадивость.
14. Замкнутость.
15. Бродяжничество.

1. Каждому ребенку присуща подвижность, как телесная, так и психическая, т. е. мыслей, желаний, стремлений. Это его психофизическое свойство мы признаем нормальным, желательным, крайне симпатичным. Странное впечатление производит ребенок вялый, малоподвижный, апатичный. С другой стороны, *чрезмерная жажда движения и деятельности* (болезненно выраженная активность), доведенная до неестественных пределов, также привлекает наше внимание. Мы тогда отмечаем, что ребенок постоянно находится в движении, не может сидеть спокойно ни одной минуты, ерзает на месте, болтает руками и ногами, смотрит по сторонам, смеется, забавляется, вечно о чем-то болтает, на замечания не обращает внимания. Самое мимолетное явление не ускользает от его уха и глаза: он все слышит, все видит, но весьма поверхностно. Ни одна игра не может его привлечь. Ни одну басню, ни один рассказ он не дослушает до конца, ему необходимо разнообразие и новое раздражение, и чем больше шума, тем лучше. В школе

такая болезненная подвижность создает большие затруднения: ребенок невнимателен, много шалит, много болтает, много кричит, дразнит товарищей, без конца смеется над каждым пустяком. Никто в школе не ставит таких удивительных вопросов, как он; никто не отвечает так метко, остроумно. Временами он говорит весьма разумно, но это лишь пускание пыли в глаза. Все же он безмерно рассеянный. Не может или с величайшим трудом доводит начатое дело до конца. У такого ребенка нет тормоза, нет должного самоконтроля. Все это вызывается ненормальной мышечной подвижностью, болезненной умственной, а также общепсихической активностью. Эта психомоторная повышенная активность находит затем свое крайнее выражение в психической болезни, называемой маниакально-депрессивным психозом.

2. Болезненная активность порождает *чрезмерную болтливость* детей. Болтливость нередко настолько интенсивно выражена, что ребенок в процессе обильной речи забывает решительно обо всем другом, получая от нее своеобразное удовольствие. Особенно часто приходится наблюдать такую болтливость у истеричных детей. Кроме того, многоречивость, как это на первых порах ни странно, свойственна заикам. Обычно наличие ее усиливает заикание и значительно осложняет нервно-психическое состояние заик.

3. Одним из проявлений патологической слабости воли является *сильная жажда наслаждения*, примерами чего могут служить вредные в социальном отношении страсть к азартной игре и страсть к коллекционированию. Болезненное влечение к игре является антисоциальным психопатическим свойством и наблюдается главным образом у мужчин. Физиологически оно служит сильным источником возбуждения нервной системы, которое у людей со слабой волей встречает особо благоприятную почву. Раз человек испытал эту страсть, для него невообразимо трудно ее преодолеть.

Совершенно нормальное, порой очень ценное для общества влечение к коллекционированию у неуравновешенных и слабохарактерных невропсихопатов легко может перейти в страсть, доходящую до преступления (незаконного присвоения предметов своей страсти, кражи денег и т. п.).

4. Особым оттенком неровности характера является *отсутствие определенной цели*. Однако даже при ее наличии она преследуется весьма и весьма недолго. Сегодня его увлекает одна, другая и третья работа, мысль, завтра четвертая, пятая. Поэтому-то он, делаясь взрослым, и меняет так часто свою профессию, жену и друзей.

5. Если исключительным по характеру ребенком или подростком овладевает какая-либо мысль, то он теряет всякую меру (*безудержность*). Эта мысль во что бы то ни стало должна быть выполнена. Всякое указание на невозможность такого выполнения только увеличивает его безудержность. Чрезмерна его ненависть, безудержна его готовность к бою. Когда встречаешься с психопатической безудержностью, то можно подумать, что имеешь дело со сверхчеловеческой мощью. В повседневной жизни, особенно в легких случаях, принято говорить, что такие люди эксцентричны.

6. Особый цикл дефектов характера составляет *рассеянность*, невнимательность, неспособность сосредоточиться, углубиться, неумение прислушиваться, присматриваться. Если заставить несколько нервно-психопатических детей петь хором, то часто можно наблюдать их безучастность к этому; можно подумать, что рот их открывается автоматически. То же самое проявляется во всевозможных играх, спорте, естественных движениях и т. п. Они охотно танцуют, но отдаваться танцам душой и телом подобно здоровым мальчикам и девочкам дети с трудным характером не могут. Пустой, ничего не выражающий взгляд их устремляется вдаль, мимо людей и предметов.

7. Весьма распространенным недостатком характера является *бесцельная ложь*; воспитателей и товарищей поражает ее необычайное упорство и частота. Хотя все дети лгут, у невروпсихопатов мы имеем дело с необычайным постоянством лжи. Всякий ребенок и взрослый лгут, когда надеются достичь чего-нибудь своей ложью. У психопатов же довольно часто нельзя обнаружить никакой цели. Да и сам такой субъект не знает причины своей неправдивости и не связывает ее с каким-либо умыслом. Он просто не может воздержаться от лжи. Мы имеем, стало быть, дело, кроме частой повторяемости, с явной бесцельностью и непреднамеренностью лжи.

8. Одним из антисоциальных дефектов является *бесцельное воровство*, зачаточная форма того дефекта, который известен под именем *клеттомании*. Здесь, так же как и в предыдущем случае, часто поражает бесцельность поступка. Бесцельность явствует из двух следующих примеров. Одна девочка прятала в детском саду зубные щетки. Спустя некоторое время эти щетки были найдены. К обнаружению своей кражи девочка отнеслась совершенно безучастно. Другой случай: мальчик 10 лет отвинчивал все винты и гайки. Им была собрана большая коллекция, очень тщательно спрятанная; только случайность позволила обнаружить этот своеобразный склад гаек и винтов. Можно было бы предполагать здесь любовь к краже, любовь к опасности, тайную радость доставить неприятность обокраденному. Но в обоих случаях такие побуждения недостаточно ясно выявлены. Скорее можно констатировать абсолютную бесцельность кражи. Иногда дети зарывают украденные ими, а также свои собственные полезные и бесполезные вещи, проявляя первобытные инстинкты из далекого прошлого человеческого рода.

9. Очень знаменательным дефектом характера является *мучительство животных*. Если, несмотря на все увещания и запрещения, маленький ребенок упорно продолжает с явным удовольствием и наслаждением прокалывать иголкой мух, а большой ребенок — мучить птиц, кошек и собак, — эти поступки служат явным доказательством ненормальности их эмоций (чувств).

10. Болезненное стремление к мучительству далее распространяется на окружающих лиц: сначала на сверстников, затем на бабушку, как более беззащитную, потом на мать, на отца и, наконец, на посторонних взрослых (*злорадство и издевательство над окружающими людьми*). Эти злонравные дети имеют обыкновение изводить словами или действиями, причем проделывают они это длительно, систематически и весьма виртуозно и потому очень чувствительно для окружающих. Венский педагог и психолог Эрвин Лязар (Erwin Lazar) сделал любопытные наблюдения над злорадными детьми и юношами. Оказывается, они имеют между собой сходство в физическом отношении. Большей частью это невысокие, крепкие субъекты с сильно развитым костяком, крупными лицевыми и череп-

ными костями, с прекрасными, редко испорченными зубами и сильно развитой мускулатурой. Для большинства из них характерна недоразвитость полового аппарата и инфантилизм (детскость) выражения лица даже в более старшем возрасте. У женских представителей этой группы обычно преобладают кошачье выражение и кошачьи движения. Малая восприимчивость к болезням ставит их в сравнительно выгодное положение. Соответственно своему ясно выраженному телесному развитию такие субъекты являются агрессивными типами, способными ко всякого рода нападениям и защите. Развитие характера таких индивидуумов с раннего детства и до зрелого возраста идет в одном направлении. Уже грудными младенцами они проявляют злобность и непослушание, а в раннем детстве они становятся бичом для всех окружающих. Немногие могут успокоить их и выносить их дикие проявления.

11. Упрямство в форме так называемой оппозиции есть также недостаток характера, который мы видим у всех детей. Но в сильной степени он уже относится к дефектам характера, которые свойственны невропсихопатичным детям, и в этом случае он называется *негативизмом*, могущим очень часто проявляться в действиях, желаниях и мыслях таких детей.

12. Чтобы иметь представление о детском *деспотизме*, приведем пример из практики. В Медико-педагогическую консультацию при II МГУ школьным работником был приведен славный, разумный, чуткий Ваня 8,5 лет, сын ткачихи фабрики Ливерс, который отличался непомерно развитыми волевыми импульсами, отчего мальчик являлся тяжелым деспотом. «Я хочу», — постоянно кричит он и защищает свою волю кулаком. Взрослые не знают, что предпринять, как успокоить, усмирить ребенка. Маленький эгоист, маленький деспот мучает взрослых, и сам немало мучается. Его сильная, но неправильно воспитанная, упрямая воля мешает жить, делает его бичом для семьи и служит источником страданий для него самого. Педагог отмечает в нем сильную неусидчивость и невнимательность, что он не любит мелких работ; а рисование, наклеивание, вырезание занимают у него не более 5 минут. Чтением и письмом совсем не интересуется и быстро утомляется; не может пересказывать даже много раз слышанные им небольшие рассказы, но он в состоянии верно и точно описать

виденные им машины, трамваи, автомобиль, аэроплан и др. и внимательно рассматривать рисунки, сюда относящиеся. Подолгу смотрит на движение мотора в мастерской, знает роль клапанов и передачи, он стоит часами в ожидании трамваев, чтобы помочь перевести стрелку. Рабочие мастерских и кондукторы — его лучшие друзья, с ними он чрезвычайно кроток. Его любимые игры: в телефоны, которые сам делает из коробок и проволоки; в радио, некоторые части которого он по-детски, но самостоятельно изготавливает. К своим радио и телефонам у него весьма фиксированный интерес, моментами переходящий в страсть, в силу которой он забывает всех и все. Ко всем окружающим он проявляет симпатии только по мере подчинения их его воле, он — неуступчивый эгоист по отношению к ним и к матери, которую несомненно любит.

Анализируя этот интересный случай, приходится отметить следующее: задержку некоторых эмоциональных реакций на ступени 2-летнего ребенка, эгоизм и деспотизм и значительную техническую одаренность. Ни мать, ни школьный педагог в силу отсутствия знаний не поняли и не оценили должным образом сложное поведение Вани.

13. *Чрезмерная нерадивость* и расточительность ребенка, например в отношении принадлежащих ему вещей, может также являться дефектом характера.

14. *Замкнутость* характеризуется отсутствием импульса общительности, свойственного всем средним людям. Замкнутые в себе дети неохотно общаются с другими, предпочитая играть сами с собой или оставаться вдалеке от товарищей, погруженные в свои мечты и фантазии. Замкнутость создает робость, застенчивость, молчаливость и сдержанность. Очень часто такие черты характера развиваются у маленьких детей вследствие их прирожденной застенчивости и робости, когда они становятся впервые членами школьной группы. По нашим наблюдениям, если не побороть эти уклоны характера вначале, то они будут мешать ребенку приспособиться к детскому коллективу и вообще к окружающей среде. Доведенная до крайности замкнутость может стать психопатической склонностью. Психическая болезнь, известная под названием шизофрении (раннее слабоумие), обычно встреча-

ется среди субъектов, проявлявших в детстве черты замкнутости.

15. Одним из наиболее серьезных по своим последствиям признаков исключительности характера является страсть *к бродяжничеству*. Тут мы встречаемся с болезненно повышенным инстинктом, который некогда был очень полезен и важен для человечества. Стремление к перемене места свойственно природе человека и принадлежит к числу инстинктов, содействовавших его самосохранению. Благодаря изменившимся условиям цивилизованной жизни он стал ненужным, но проявляется иногда даже у нормального человека и представляет обычный симптом психической конституции. С полным основанием мы рассматриваем страсть к кочевничеству как атавизм; субъекты, проявляющие атавистические склонности и возвращающиеся к жизни предков, которая потеряла теперь свой смысл, не могут считаться полноценными людьми. Страсть к бродяжничеству в ее современной форме не может способствовать улучшению жизни человечества и лишь приносит вред субъекту, страдающему ею.

Недавно мне пришлось демонстрировать на лекции 13-летнего юношу Додика из рабочей семьи, который ушел из дому и отсутствовал три года. Эти годы он провел, как потом выяснилось, в цыганском таборе, наслаждаясь их бродячей жизнью. Из дальнейших расспросов родителей выяснилось, что Додик начал проявлять свою страсть с пяти лет; сначала это были сравнительно невинные отлучки из дому на 1–2 часа, причем они варьировались с прятанием в погребе, сарае, на чердаке. Далее длительность этих отлучек, а также их частота стали значительно расти, и к семи годам он начал проявлять типичное бродяжничество, продолжавшееся каждый раз по несколько дней. Домой он возвращался не по собственной инициативе, обыкновенно его доставляли или милиция, или случайные люди, которые выпытывали у него адрес родителей. В последний свой побег в возрасте 10 лет он попал к цыганам, о жизни среди которых рассказывал настолько фантастические вещи, что верить им нельзя. По выяснении всех данных его развития при тщательном обследовании и длительном наблюдении мы констатировали в этом случае истеро-эпилептический

характер с болезненным влечением к бродяжничеству. В течение текущего года он, окруженный лечебно-педагогическим режимом и перевоспитываемый преимущественно методом активирования, пока не убежал.

Страсть к бродяжничеству развивается иногда в раннем детстве. Часто она начинается с того, что ребенок неоднократно после конца уроков не возвращается домой и до ночи где-нибудь бродит. Девочка, поступившая в специальное учреждение, в течение четырех месяцев может казаться вполне довольной и счастливой в окружающей ее обстановке, никто ничего не подозревает, и вдруг в одно прекрасное утро совершенно неожиданно для всего персонала и детского коллектива она исчезает.

В больших городах дети скрываются в кварталах, где их часто нельзя найти неделями, так как они прекрасно умеют прятаться, присоединяясь к шайкам других детей. Они живут милостыней, мелкими услугами и воровством; иногда совершают более далекие экскурсии по железной дороге, пароходом или проходя значительные расстояния пешком. Следует различать психопатическое бродяжничество от влечения кочевничествовать, которое руководит странствованиями эпилептиков и истериков помимо их сознания. Страсть к бродяжничеству опасна потому, что не позволяет невропсихопату нигде остановиться, ни на службе, ни в семье. Он переходит с места на место. Правда, иногда с полгода он остается на одном месте, потом эта страсть опять пробуждается, и он снова пускается в путь, причем куда — он сам не знает. Он должен бродяжничать, так как не может иначе. Нет места на земле, которое могло бы его удержать; нет той любви, которая могла бы его привязать; никакое наказание не помешает прорваться его страсти. Неизбежно приводит эта страсть к переходу с места на место, к уличному бродяжничеству со всеми сопутствующими ему явлениями — нищенством, кражами, ночлегом на улице и т. п. Существуют, однако, такие подростки, у которых бродяжничество случайно вошло в привычку при отсутствии болезненного предрасположения. К ним относятся дети, рано познакомившиеся с уличной жизнью.

Д. Н. Исаев

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ РЕАКЦИЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ (КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ)¹

Общие представления о реакциях дезадаптации

При первой встрече с больным ребенком врачу нередко приходится устанавливать причину, которая нарушила его обычную приспособляемость к условиям жизни. Однако еще более важно предупредить или хотя бы остановить дальнейшее утяжеление нарушений и переход их в другие, менее обратимые синдромы. Одним из наиболее частых проявлений нарушенных отношений личности со средой являются реакции дезадаптации (кризисные состояния).

Под реакциями дезадаптации мы понимаем относительно кратковременные психогенные расстройства, возникающие при столкновении личности с трудными или непреодолимыми обстоятельствами и нарушающие нормальное приспособление к условиям существования. Как отмечает Г. Е. Сухарева (1959), «не всякая реакция на психическую травму может быть отнесена к группе психогенных реакций, а лишь патологическая реакция, т. е. такая, которая достигает большой силы, что делает данного субъекта неприспособленным на более или менее длительный срок»². В более легких случаях они представлены состояниями, переходящими от здоровья к болезни

¹ Печатается по изд.: *Исаев Д. Н.* Психопрофилактика в практике педиатра. — Л.: Медицина, 1984. — С. 91–109. В книге обсуждаются вопросы, связанные с психопрофилактикой детей. Описаны группы повышенного риска — дети с реакциями дезадаптации, нарушениями поведения, экзогенными и психосоматическими расстройствами. Показана роль семьи в происхождении, формировании и предупреждении нервно-психических расстройств у детей.

² *Сухарева Г. Е.* Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. II. — М., 1959. — С. 34.

(предболезнь), а в более тяжелых — болезненными состояниями с преимущественно психическими, психомоторными или психосоматическими расстройствами, либо их сочетаниями в структуре неврозов, аномальных развитий личности или психопатий (Ушаков Г. К., 1978).

Важность предупреждения реакций дезадаптации у детей подтверждается их частотой. Так, неврозы и невротические формы реактивных состояний составляют 23,3 % от общего числа детей и подростков с разными нервно-психическими заболеваниями, причем 71,8 % из них приходится на младший школьный возраст (Колегова В. А., 1973).

Возникновению реакций дезадаптации способствуют или препятствуют особенности темперамента ребенка, характера условий формирования личности и история сознательных отношений с людьми (Мясищев В. Н., 1960; Chess S., 1969). В. В. Ковалев (1979) выделяет среди психотравмирующих факторов: 1) шоковые психические травмы. Они обычно внезапны, отличаются большой силой и угрожают, как правило, жизни или благополучию. Чем младше ребенок, тем больше неожиданных изменений ситуации может стать для него таким психотравмирующим фактором (нападение животного, появление чужого, удар грома); 2) психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия, но психологически очень значимые (утрата или болезнь одного из родителей, ссора со сверстниками и т. д.); 3) хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие основные ценностные ориентации ребенка (семейные конфликты, противоречивое или деспотическое воспитание, неуспеваемость и т. д.); 4) факторы эмоциональной депривации составляют группу воздействий, складывающихся из недостатков ухода, заботы, ласки, т. е. таких факторов, которые препятствуют формированию у ребенка привязанности или нарушают ее развитие (разлука с матерью, неспособность матери из-за болезни создать эмоциональную, теплую атмосферу и т. д.).

В раннем возрасте наиболее подвержены действию психотравм дети пассивные, замкнутые, инертные, чрезмерно реактивные или аффективные, незрелые и имеющие те или иные отклонения со стороны вегетативной нервной системы. Сре-

ди более старших наиболее ранимы дети с такими чертами, как тревожная мнительность, тормозимость, склонность к страхам, истероидность, психический инфантилизм. Фоном, усиливающим эффект психотравмирующих воздействий, является врожденная и приобретенная церебрально-органическая недостаточность, невропатия, синдром минимальной мозговой дисфункции. Роль органической недостаточности состоит, в частности, в том, что она способствует развитию волевой неустойчивости, легкости возникновения, бурному протеканию, застреванию и неуправляемости аффектов, отсутствию гибкости во взаимоотношениях с людьми.

Влияние возрастного фактора сказывается как в известном возрастном своеобразии клинической картины и динамики нарушений, так и в увеличении риска возникновения психогенных расстройств в переходные возрастные периоды.

Типы кризисных ситуаций

Ситуации повышенного риска, предрасполагающие к возникновению реакций дезадаптации, можно представить следующим образом:

А. Ранний и дошкольный возраст

1. Отсутствие или утрата чувства безопасности, защищенности:
 - а) враждебная, жестокая семья;
 - б) эмоционально отвергающая семья;
 - в) не обеспечивающая надзора и ухода семья;
 - г) утрата или болезнь близкого человека;
 - д) негармоничная семья (распадающаяся, распавшаяся, ригидная, псевдосолидарная);
 - е) чрезмерно требовательная семья (доминирующая гиперопека);
 - ж) появление нового члена семьи (отчим, мачеха, брат, сестра);
 - з) противоречивое воспитание или смена его типа;
 - и) чуждое окружение за рамками семьи (язык, культура).

2. Беззащитность из-за отрыва от семьи:

- а) помещение в чужую семью;
- б) направление в детское учреждение;
- в) госпитализация.

Б. Школьный возраст (помимо ситуаций, упомянутых ранее):

- а) невозможность соответствовать ожиданиям семьи (быть отличником, рекордсменом);
- б) переживание чрезмерной ответственности за других членов семьи;
- в) неприятие семьей, детским коллективом, педагогами;
- г) неспособность справиться с учебной нагрузкой;
- д) враждебное отношение родителей, педагога;
- е) отрыв от семьи, смена школьного коллектива, перемена места жительства;
- ж) ситуация, опасная для здоровья (соматическое заболевание);
- з) заболевание с предполагаемым фатальным исходом.

Обнаружить эти ситуации иногда довольно сложно, особенно когда родители обращаются к врачу в связи не с психическими или психомоторными, а соматическими симптомами. Нацеленность клинического обследования на выявление у каждого ребенка особенностей психических проявлений и анализ микросоциальной (семейной) ситуации могут облегчить выявление серьезных переживаний.

Общей чертой кризисных реакций является утрата или снижение чувства защищенности. Особо тяжелая ситуация складывается у дошкольников с недостаточно сформированным или ранее утраченным этим чувством. Чаще всего это происходит в семьях, где преобладает напряженная, угнетающая и тревожная обстановка, например из-за наличия у родителей психопатических черт или невротичности. Невозможность установления равных, взаимоуважительных отношений между родителями, постоянные несогласия, ссоры и даже физическая агрессия лишают ребенка уверенности в своей безопасности.

Так, Ваня И., родившийся в семье, где были постоянные скандалы из-за ревнивого психопатического характера отца, в 1,5 года

во время избиения матери громко плакал и кричал от страха и сразу же после этого потерял уже приобретенные навыки речи, не мог говорить, только мычал, жестами выражая свои желания.

То же самое происходит, когда семья находится на грани распада или уже распалась, — дети тонко улавливают скрытую враждебность, безразличие родителей друг к другу, взаимные обиды. Часто не зная, на чью сторону встать, будучи привязанными к обоим, дети переживают страх потерять родителей, а с ними необходимое и привычное чувство собственной безопасности.

Примером такой ситуации может быть развод родителей Саши П., 9 лет, вслед за которым у мальчика развились пониженное настроение, приступы плаксивости, появились головные боли, тошнота и жалобы на плохое самочувствие.

Не менее трудная психологическая обстановка складывается для ребенка, лишенного любви. Положение еще более усугубляется, если, помимо безразличия и отвергания, ребенок переживает издевательства, оскорбления, побои. Естественно, что у таких отвергающих родителей ребенок постоянно боится за свое душевное и физическое благополучие и иногда пытается сам изменить свое душевное состояние.

Лена Н., 3 лет, растет в семье, где мать недостаточно отзывчива, холодна по отношению к ней, мало ею занимается, стремится устроить свою семейную жизнь, так как отец ребенка ушел из семьи. На фоне общей суетливости и возбудимости девочка стала постоянно и с видимым удовольствием сосать большой палец, а затем у нее появилась привычка, особенно при отрицательных эмоциях, выдергивать волосы у себя на голове.

Если родители чрезмерно требовательны либо в силу своей деспотичности, либо из-за амбиций, то бремя ответственности перед ними может оказаться невыносимым и привести ребенка к нервному срыву. В то же время одних испытываемых родителями чувств ребенку недостаточно. Если они не выражаются в дружеском руководстве, ободрении и при необходимости порицании, то это может привести к тому, что он

не сумеет себя защитить в трудных жизненных ситуациях, будет переживать постоянный страх за себя.

Неблагоприятное окружение семьи, например, переехавшей в новое незнакомое место, где преобладают чужие язык и культура, вызывает напряжение из-за непонимания, а иногда и из-за предполагаемой или реальной враждебности соседей. Ребенок в таком случае оказывается под двойным воздействием — прямо со стороны постоянных жителей (соседей) и опосредованно через других членов семьи, находящихся в состоянии неуверенности, а может быть, и опасений за свою безопасность.

Привычный благополучный психологический климат семьи может нарушиться в связи с потерей или длительной болезнью близкого человека. Ребенок, наиболее зависимый от других, может страдать больше других и к тому же на него могут оказать отрицательное влияние переживания остальных членов семьи.

Такую ситуацию можно проиллюстрировать реакцией Гали О., 8 лет, возникшей в ответ на смерть любимого деда, относившегося к ней доброжелательнее, чем отец. У нее вслед за этим нарушился сон, появились ночные кошмары. Днем боялась темноты, кустов, теней, высказывала страх смерти, «кололо в сердце».

Особую трудность представляют необходимость ухода за больным, изменения привычного образа жизни и принесение других жертв.

У более старшей девочки Славы О., 12 лет, тяжесть потери бабушки усугублялась опасениями за ее здоровье в продолжение длительной болезни, когда приходилось не только ухаживать за ней, но и делать ей инъекции. После смерти бабушки не могла заснуть, пугалась портретов, висевших на стенах, снизилось настроение, часто плакала, появились суицидальные мысли.

Менее очевидными кажутся возможные переживания детей в связи с изменением состава семьи. Приход отчима или мачехи может казаться незаметным для ребенка и мало волнующим его. Много зависит от поведения взрослых — от того, кто приходит в семью, и от того, кто решается дать ребенку «нового» отца или мать.

Нелегко приняла Юля П., 12 лет, отчима. Она была очень привязана к отцу, серьезно пережила его уход из семьи, не успела примириться с потерей, так как это произошло за 3 года до нового замужества матери. Будучи ранее примерного поведения, стала жестокой, неласковой, хуже относилась к матери, легко аффектировалась, била бабушку, нарушились ее отношения в классе.

Иначе обстоит дело, когда рождается брат или сестра. Требуется большая подготовительная работа еще до появления их, много такта и умения в дальнейшем, чтобы ни старший, ни младший не чувствовали себя лишними, нелюбимыми, отвергнутыми. Однако это не всегда удается.

Так, когда родилась сестренка у Миши Р., 2,5 лет, он прогонял родителей, не хотел играть и слушать рассказы старших, не выполнял их просьбы, отказывался говорить, плакал, когда брали сестру на руки.

Особенно трудное испытание ждет ребенка, когда он оказывается вне семьи. При этом, чем он меньше, тем зависимее от близких и тем тяжелее этот отрыв. Труднее переносят дети такую ситуацию, если их не готовят к ней, лишают всяких связей с родными, обрекают на неприятные, болезненные процедуры, ограничивают возможности для игры и контактов с другими детьми.

Даже летний отъезд Кости Ш., 4 лет, с санаторной группой вызвал у него резкие изменения поведения в форме плаксивости, раздражительности, непослушания, нарушений сна, снохождений.

Более младший ребенок может дать реакцию на попытку устроить его в ясли, как это было с Леной К., 2 лет, который полностью отказался пользоваться речью, замкнулся, отгородился от окружающих, практически не играл с детьми.

Некоторые неподготовленные дети не могут адаптироваться и к детскому саду. Так, у Оли А., 4 лет, со склонностью к выраженным вегетативным реакциям (обмороки) после попытки приобщить ее к коллективу детсада возникли неукротимые рвоты, запоры, эпизодические отказы от еды. Девочка не хотела ни с кем общаться, все время ждала, когда к ней придет мать.

Дети школьного возраста также могут остро реагировать на реальную или воображаемую утрату защищенности. Однако более типичные для них кризисные ситуации связаны со снижением ценности «Я» — они действительно не оправдывают возлагавшихся на них родителями или воспитателями надежд или им почему-либо так кажется, переживают свою реальную или мнимую непризнанность, несостоятельность, боятся за свое здоровье или жизнь. Наиболее часто трудности возникают в процессе учебы, когда ученик не справляется со школьной программой и тяжело это переживает.

Такое положение сложилось у Марины Ч., 10 лет, — не справляясь с программой 3-го класса, она стала аффективно неустойчивой, легко возбуждалась, падала на пол, билась головой, срывала уроки и грубила старшим.

Трудно справляться с учебными обязанностями и ребенку, который не смог наладить контакт с педагогом. Не понимая последнего, он либо боится, либо безразличен к происходящему, но и в том, и в другом случае не учитывает школьные требования и хуже адаптируется к ним.

В трудной, а иногда и неразрешимой ситуации оказывается ученик, которого, несмотря на все его стремления, классный коллектив не принимает. При этом, чем он старше, тем для него важнее отношение сверстников, а их безразличие, издевательства или презрение могут быть серьезными факторами дезадаптации. Нередко в описанную ситуацию попадает «новичок», переведенный из другого класса или школы. Изменивший привычному месту, оторванный от прежних товарищей, такой ребенок серьезно переживает, если ему не удастся благополучно войти в коллектив нового класса.

Ларисе О., 11 лет, пришлось сменить школу. В новом для нее 5-м классе впервые появились затруднения в учебе, стала раздражительной, плаксивой, снизилось настроение, исчезла уверенность в своих способностях, постоянно боялась получить двойку.

В последние годы все больше детей излишне беспокоят о своем здоровье. В этом повинны средства массовой информации, широко распространяющие сведения о болезнях, но

в еще большей мере это связано с состоянием здоровья членов семьи: родителей и прародителей. Врачам широко известно, как часто дети повторяют жалобы своих больных мам или бабушек. При этом встречаются как «воображаемые» соматические симптомы, обязанные своим происхождением нервно-психическим расстройствам (ипохондрические состояния), так и настоящие соматические болезни, усугубленные реакцией личности на их физические проявления, ограничения свободы, запрещение подвижных игр и развлечений, сокращение контактов со сверстниками. Несмотря на различие этиологии, и те и другие способны нарушить социальную адаптацию детей. Если учесть, что и первичная, и вторичная профилактика при них различны, то при их распознавании необходимо опираться на достоверные дифференциальные признаки. Среди них на первом месте могло бы быть отсутствие соматических расстройств при нервно-психическом заболевании, однако у большинства детей они имеются или в форме остаточных явлений ранее перенесенных заболеваний, или в качестве актуальных симптомов интеркуррентных болезней. В связи с этим более убедительным оказывается позитивный показатель — существование симптомов нарушений поведения. В этих случаях необходимо всестороннее исследование и физического, и психического состояния. Много может дать и история развития заболевания, которая облегчит выявление этиологических факторов, различных для соматических и психических расстройств.

Для упрощения диагностики уместно сделать несколько замечаний об *ипохондрическом синдроме*. У дошкольников проявления этого синдрома наблюдаются редко, а если и бывают, то в форме страхов болезни или смерти. Имеющиеся иногда необычные ощущения (сенестопатии) носят грубый алогический характер: «животик лопается», «головку давит»; аффективный накал сочетающейся с ними депрессии или тревоги крайне выражен и не соответствует объективным данным о соматическом неблагополучии. У школьников ипохондрические явления чаще представлены фобиями либо сенестопатическими и ипохондрическими состояниями. Первые характеризуются боязнью заболеть определенной сома-

тической болезнью: «глистами», «сердечной болезнью». Вторые проявляются в необычных, и не только болевых, ощущениях: «жжение в теле», «пузырек мешает в сердце, хочет лопнуть», «давящее чувство в области головы», «тяжесть в теле». В препубертатном возрасте уже могут быть ипохондрические бредовые идеи, более выражен тревожно-депрессивный аффект (Сосюкало О. Д., 1973).

Происхождение ипохондрических идей может быть различным. Они либо возникают без видимой связи с содержанием ощущений и восприятий, либо опираются на общее чувство вялости, слабости, недомогания, плохого самочувствия. Эти идеи могут быть также «объяснением» соматического неблагополучия: неприятных или болезненных ощущений в животе, грудной клетке, голове и т. д. В тех случаях, когда у больных отмечаются сенестопатии или деперсонализация, ипохондрические явления увязываются с ними.

В противоположность этому выраженность реакции дезадаптации, связанной с соматическим заболеванием, чаще всего соответствует представлениям о его тяжести, имеющимся у ребенка и его окружения (см. раздел о внутренней картине болезни).

Таким образом, у ребенка в тяжелом соматическом состоянии, фатальный исход которого не вызывает сомнения у врачей и родителей, возникла реакция дезадаптации (астеническое состояние с депрессивными проявлениями). Больной полностью утратил возможность поддерживать свойственный ему ранее образ жизни, изменились его отношения, он может быть и не очень ясно, но переживает неизлечимость своего заболевания. Изменения в психическом состоянии очевидны. Труднее категорически утверждать психогенную или соматогенную их природу. Правильнее говорить о сочетанном сомато-психогенном влиянии. Известно, что сам лейкоз нередко в числе прочих симптомов проявляется и в астении. В то же время депрессивный компонент с ипохондричностью и тревожно-страховым отношением к своему будущему, по-видимому, связан с личностной реакцией на переживание страдания, отражает сложившиеся взгляды родителей и медицинского персонала на роковой исход.

Клинические проявления реакций дезадаптации (кризисных состояний)

После представления типов кризисных ситуаций и иллюстрирующих их клинических примеров уместно перечислить наиболее часто встречающиеся проявления реакций дезадаптации.

1. Аффективная лабильность, эмоциональная слабость.
2. Аффективная взрывчатость.
3. Депримированность (уныние, подавленность, «скука»).
4. Дистимия (мрачность, тревожность, беспокойство).
5. Страхи (опасения) днем, ночью.
6. Стремление к уединению, замкнутость.
7. Ипохондричность (фиксация на своем здоровье).
8. Заторможенность.
9. Грустные мысли (переживания вины, неполноценности, ответственности).
10. Суицидальные мысли, намерения, поступки.
11. Нарушение социальной приспособляемости.
12. Эпизоды приема алкоголя, лекарственных веществ.
13. Уходы из дома, бродяжничество.
14. Манкирование школьными занятиями, ухудшение успеваемости.
15. Утрата способности участвовать в аффективных играх.
16. Агрессивность, разрушительные действия.
17. Аутоагрессивность (склонность к самоповреждениям).
18. Мутизм и другие речевые нарушения.
19. Расторможенность, отвлекаемость.
20. Нарушение дисциплины и поведения.
21. Расстройства сна.
22. Энурез, энкопроз.
23. Головные боли.
24. Сосание пальца, языка, губ.
25. Онихофагия, трихотилломания.
26. Мастурбация.
27. Желудочно-кишечная симптоматика (колики, анорексия, запоры).

28. Сердечная симптоматика.

29. Тики, яктация (ночные качания и биения).

Невозможно дать примеры всех встречающихся симптомокомплексов, однако целесообразно представить некоторые из них, наиболее типичные или трудные для распознавания.

Одно из драматических средств разрешения трудной жизненной ситуации — *суицидальное поведение*, т. е. фантазии, мысли, высказывания, угрозы, тенденции и действия, связанные с лишением себя жизни. К последним дети прибегают крайне редко, так как они возможны не ранее чем будет окончательно сформировано понятие о смерти как конце жизни. Еще в 10–12 лет некоторыми детьми смерть оценивается как временное явление (Michaux L., 1970). Даже младшие подростки неспособны глубоко личностно переживать факт смерти. Если и возникают суицидальные мысли, то в них, как правило, смерть не планируется детьми и подростками с такой определенностью, как взрослыми, а демонстративные и истинные суицидальные попытки разграничивать трудно. В то же время нерасчетливость, отсутствие знаний о способах самоубийства, а также особенности реактивности детского организма на интоксикации, травмы и асфиксию создают повышенную угрозу смерти (Жезлова Л. Я., 1981). Необходимость знаний о суицидальном поведении детей диктуется его значительным учащением за последние десятилетия. В США за 1963–1978 гг. отмечено увеличение числа самоубийств в возрастной группе от 10 до 24 лет более чем на 200 % (Hollinger C. P., 1978). В ФРГ к 1975 г. по сравнению с 1950 г. число самоубийств среди детей до 15 лет увеличилось в 2 раза (Nissen G., 1980). Число же попыток превышает число завершенных суицидов в 8–10 раз. При этом удельный вес детей до 13 лет в сравнении со старшими подростками не более 4 % (Личко А. Е., 1977). Широко распространенное убеждение в том, что самоубийства — удел больных с психозами, не оправдывается. Они составляют лишь 5 % среди покончивших с собой подростков (Otto U., 1975), тогда как основную часть — дети с различными пограничными нервно-психическими расстройствами, возрастными кризами.

Наши наблюдения касаются 34 детей и подростков до 14 лет, у которых суицидальная попытка была реакцией на ситуацию, переживаемую ими как экстремальная. Истинную причину такого поведения не всегда было легко установить из-за того, что у суицидентов, как правило, была не одна, а несколько переживаемых трудностей (дисгармоничные семейные отношения, порочная эмоциональная ситуация в классном коллективе, ссора с наиболее авторитетным или любимым человеком и т. д.). Все же среди наиболее частых поводов для суицидального поведения были переживания одиночества, непонятности, обиды, реальной или воображаемой утраты родительской любви, неразделенной любви, ревности, ухода одного из родителей из семьи, насмешек, унижения, страха наказания, не состоятельности, отчаяния, протеста и др.

Коля К., 12 лет. Мать-алкоголичка бросила его в 7-летнем возрасте. Отец после ее ухода начал пьянствовать, и мальчика вернули матери. Прожил у нее 9 мес., затем был помещен в интернат. В дальнейшем родители им не интересовались. Учится неохотно, пропускает занятия, поведение неудовлетворительное. Эмоционально неустойчив. После одного из прогулов его лишили ужина, записали выговор в личное дело. Было обидно, много плакал, считая себя никому не нужным, брошенным. Повесился вечером в туалете, когда поблизости никого не было. Случайно был спасен.

Непосредственным мотивом попытки лишить себя жизни была обида на окружающих, которые, как мальчику казалось, не хотели войти в его положение, помочь ему — брошенному родителями. Однако причиной случившегося в клиническом смысле следует считать невротическую реакцию дезадаптации, возникшую на фоне аффективной неустойчивости, неуверенности. Возникшая кризисная ситуация была невыносимой, адаптироваться к ней не сумел.

Саша И., 9,5 лет, воспитывающийся в хороших материально-бытовых условиях интеллигентной, но истеричной сверхопекающей матерью, не смог вынести того, что его никак не могли «поделить», перетягивая каждый на свою сторону, разведенные родители. Обладая нормальным интеллектом, он учится неудовлетворительно, тяготеет основными и музыкальными за-

нятиями, обязанностями по дому, в том числе и по уходу за сестрой. Тревожный, совестливый, экстравертированный, импульсивный — вернувшись после посещения семьи отца, он заявил, что устал от жизни, не пошел в школу. Выпил в ванной полироль и лег спать. Суицидная попытка обнаружилась в связи с возникшей рвотой.

Очевидный мотив суицида этого ребенка — уход от трудной ситуации. Однако истинная причина определяется особенностями воспитания (доминирующей гиперопекой), сложившимися отношениями между его родителями и им, невыносимыми для тревожной, ответственной личности. Путь разрешения трудной ситуации — суицид — необычен для 9 лет.

Профилактика самоубийства детей, по мнению А. Г. Амбрумовой и Л. Я. Жезловой (1978), складывается из предупреждения побуждений, смертельного исхода и повторения суицидальных попыток. Решению этих задач способствуют: 1) раннее выявление нервно-психических отклонений и заболеваний; 2) выделение групп детей с риском самоубийства; 3) внимание к детям с хроническими заболеваниями, уродствами и увечьями; 4) расширение консультаций психиатров для детей с отклоняющимся поведением; 5) выявление суицидальных тенденций у детей, обращающихся за помощью; 6) активное наблюдение за детьми, совершившими суицидальную попытку и выписавшимися из больницы; 7) обращение особого внимания на течение депрессивных или невротических реакций; 8) проведение в постсуицидальном периоде оздоровления ситуации в семье, в школьном коллективе, осуществление психотерапии и др.

Уходы и бродяжничество. Другим разрешением кризисной ситуации могут явиться распространенные в детском возрасте уходы из дома, детсада, интерната, школы. Дети бродяжничают вблизи от дома или уезжают в другие города, отсутствуют днями или неделями. Ночи они проводят в подвалах, сараях, на вокзалах, а домой чаще возвращаются милицией, реже самостоятельно. Побегі встречаются с 3–4-летнего возраста, но чаще в пре- и пубертатном возрасте и в 3 раза чаще у мальчиков, чем у девочек. Преобладают дети с отставанием психического развития, с акцентуацией характера. Мотивы, непос-

редственно предшествующие уходам при реакции дезадаптации, практически те же, что и при суицидальном поведении. Причины значительно глубже и вскрываются, как и при суицидах, на основе анализа психологических и психопатологических особенностей личности, типов воспитания, среды, взаимоотношений и психотравмирующих факторов, вызывающих дезадаптацию.

Пятилетний мальчик совершал неоднократные побеги из дома и детского сада, куда недавно перевелся из другого района. Он жаловался на то, что его в детском саду малыши бьют, а старшие запирают в чулан. Хотел бы вернуться в прежний детский сад. Дома у него также неблагоприятная ситуация: немолодая мать-вдова при мальчике устраивает попойки, бьет его, почти не ухаживает за ним.

В данном случае налицо ухода как реакция на тяжелую домашнюю ситуацию и плохое отношение в новом для мальчика детском учреждении.

Другие реакции дезадаптации. Школьные прогулы и манкирование своими ученическими обязанностями также могут быть проявлениями реакций дезадаптации. Обычно таких прогульщиков воспринимают как нарушителей дисциплины либо как неспособных и потому избегающих трудностей. У большей части детей, однако, все обстоит сложнее. Причина может быть связана с напряженной, неблагоприятной психологической обстановкой в семье, а отношение к школе становится лишь одним из проявлений реакции дезадаптации. Облегчают такое поведение некоторые черты личности (эмоциональная лабильность, взрывчатость, неустойчивость и т. д.).

У маленьких детей разрешающими невыносимую для них эмоциональную ситуацию чаще могут оказаться двигательное беспокойство, постоянные движения в мелких мышцах тела (пальцы, мимика), случайная и необдуманная болтовня, тики, привычные действия и патологические привычки. Они обычно доставляют ребенку положительные или конкурирующие стимулы, тем самым облегчая его эмоциональное состояние. Сосание большого пальца, языка, губ, ритмичное поворачивание головы или раскачивание туловища, кусание ногтей, вы-

дергивание у себя волос, ковыряние в носу и ушах, мастурбация также нередко оказываются проявлениями реакции дезадаптации. Внешне не связанные с психологической ситуацией, эти проявления далеко не всегда понимаются врачом как сигнал серьезных для ребенка переживаний. В то же время с помощью наблюдения и опроса удастся установить выраженное неблагополучие в семье или в детском коллективе, а иногда и сочетание их.

Лена К., 2,5 лет. Мать инфантильна, не хотела ребенка. Девочка от 2-й беременности, наступившей вскоре после аборта. Родилась слабой, была беспокойна. Кормление сопровождалось отрыжкой и рвотой. В 1,5 года — отказ от еды. Ходьба с 15 мес., фразовая речь с 2 лет. Всегда плохо засыпала, приходилось укачивать. До настоящего времени — ночной энурез. С 2 лет отдана в ясли. С трудом привыкала к новой обстановке. Примерно в этом возрасте начала раскачиваться, «укачивая» себя перед сном. Качания были особенно заметны, когда хотела пить или на горшок. Бьется и мотается во сне, при засыпании и пробуждении — ритмично, в положении на спине или животе. Если окликнуть, то останавливается. Такие биения за ночь повторяются до 10–15 раз, иногда они продолжаются до 2–3 ч непрерывно.

Яктации этой девочки можно расценить как реакцию на кризисную ситуацию — недостаточно теплое эмоциональное отношение незрелой, непринимавшей матери, завершившееся отдачей ребенка в ясли. Способствовали возникновению биений и качаний замедленное развитие ребенка, нарушение сна, потребовавшие компенсаторных механизмов.

Профилактика реакций дезадаптации

Меры первичной профилактики должны быть сосредоточены на предупреждении развития кризисных ситуаций, облегчении формирования волевой личности ребенка, умеющей справиться с трудностями, не завышая своих притязаний, предотвращении биологических вредностей, препятствующих развитию

здоровой психики. Создание у ребенка чувства защищенности, психологического комфорта, выявление его истинных психических и физических сил, предъявление соразмерных им требований — важнейшие направления профилактики реакций дезадаптации. С этой целью для предотвращения органической неполноценности или дефектности личности важны меры, защищающие здоровье беременной, предупреждающие развитие пре- и перинатальной патологии, раннее тщательное лечение младенцев, родившихся от патологических родов, детей, заболевших инфекционными, соматическими болезнями, перенесших случайные травмы головы или отравления.

Для обеспечения нормального формирования психики и предотвращения ее девиаций большое значение имеет динамическая оценка психического развития и при необходимости создание для него более благоприятных условий. Для гармонизации личностных черт в целом полезна пропаганда таких воспитательных воздействий в семье и детских учреждениях, которые бы способствовали умению бороться с трудностями, управлению своими эмоциями, ограничению своих притязаний в соответствии с возможностями и т. д. Более старшим детям следует дать минимум знаний и навыков, необходимых для понимания психической деятельности и посильного ее регулирования. Не только забота о душевной жизни, но и внедрение физической культуры и спорта сделают детскую личность менее ранимой. Необходима также хорошая психологическая подготовка детей к общению с другими людьми, в том числе и противоположного пола. Все требования к детям, к их психическим и физическим возможностям должны быть сбалансированы в соответствии с возрастом и полом.

В. В. Ковалев

К КЛИНИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННОЙ ПАТОЛОГИИ ПОВЕДЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В СВЯЗИ СО ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ¹

Патология поведения занимает большое место среди других причин школьной неуспеваемости детей и подростков. По мере снижения числа инфекционных заболеваний, являющихся основным источником органических поражений головного мозга в детском возрасте, в настоящее время все более отчетливо в происхождении патологии поведения выявляется роль психогенного фактора.

Между тем педагоги, школьные врачи и детские психоневрологи часто недооценивают значение психогенного фактора в происхождении трудностей поведения детей и подростков.

Наиболее часто психогенно обусловленные формы патологии поведения встречаются при трех группах пограничных состояний: при неврозах, патохарактерологических реакциях и патологических развитиях личности. Разделение этих состояний в значительной мере условно.

Группу неврозов, в зависимости от степени остроты симптоматики, длительности и относительной роли психотравмирующих факторов, а также в зависимости оттого, у какой личности возникают эти реакции, целесообразно делить на невротические реакции и невротические состояния. Большое значение в возникновении трудностей поведения, обуслови-

¹ Печатается по изд.: Дети с временными задержками развития / Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер. — М.: Педагогика, 1971. — С. 20–25. В книге рассматриваются вопросы клинического, психологического и педагогического изучения детей с временными задержками психического развития. Показано, что дети с психическим инфантилизмом, с астеническими состояниями испытывают большие затруднения в обучении.

вающих школьную неуспеваемость, имеют невротические состояния.

При невротических состояниях могут наблюдаться те или иные трудности поведения, иногда достигающие до степени психопатоподобных проявлений. Наиболее выраженные трудности в поведении наблюдаются при возбудимом варианте астенического синдрома. Трудности поведения в школе у детей с синдромом раздражительной слабости обусловлены их повышенной раздражительностью, двигательной расторможенностью, неусидчивостью и нарушениями активного внимания. Во время урока они перестают слушать педагога, начинают заниматься посторонними делами, вертеться, разговаривать. На перемене они чрезвычайно подвижны, легко возбуждаются, вступают в конфликты с детьми.

При отсутствии лечения и при неправильном педагогическом подходе происходит утяжеление невротического состояния, присоединение реакций протеста, педагогическая запущенность. Все это углубляет невротическое состояние и приводит к возникновению вторичных реакций на школьную неуспеваемость.

Невротические состояния в отличие от невротических реакций отличаются тенденцией к затяжному течению с возможностью перехода в невротическое развитие личности.

Критериями перехода затяжного невротического состояния в невротическое развитие личности являются повышенная готовность к возникновению невротических реакций.

В процессе динамики затяжного невроза происходит перестройка нервно-психической реактивности. В одних случаях она проявляется в невротическом развитии личности. В других случаях появляются изменения в характере, что приводит к возникновению реакции протеста, отказу от посещения школы, нарушает взаимоотношения ребенка и подростка с окружающей средой.

Особое значение имеют реакции протеста, такие как уходы из дому, отказ от обучения в школе, которые могут в случае присоединения педагогической запущенности имитировать задержку психического развития и даже умственную отсталость, на что указывают французские исследователи (L. Michaux, D. J. Duche и др.).

Наиболее частые причины реакций протеста в школьном возрасте могут быть схематически разделены на две группы: 1) конфликтная ситуация в семье (неправильное воспитание, ссоры между родителями, деспотизм отца или матери, алкоголизм одного или обоих родителей, противопоставление детей в семье и др.) и 2) психотравмирующая ситуация в школе (конфликтные отношения с педагогом или с учащимися, несоответствие между требованиями к ученику и его возможностями и др.).

В зависимости от характера возникновения могут быть выделены три основных типа психогенно обусловленного формирования личности: 1) патохарактерологическое развитие, возникшее в связи с неблагоприятными условиями микросоциальной среды, неправильным воспитанием или психотравмирующими ситуациями, 2) невротическое развитие как следствие затяжного, неблагоприятного течения неврозов и 3) патологическое формирование личности.

Наибольшее значение в возникновении трудностей поведения, обуславливающих школьную дезадаптацию во всех ее проявлениях (нарушения дисциплины, неуспеваемость и др.), принадлежит первому типу психогенного патологического формирования личности — патохарактерологическому развитию.

Среди различных клинических разновидностей патохарактерологического развития, отличающихся преобладанием тех или иных патологических черт характера, преимущественную роль в происхождении школьной дезадаптации играет возбудимый вариант, в котором преобладают такие характерологические проявления, как повышенная эффективность, несдержанность, склонность к конфликтам и активным реакциям протеста, агрессивность.

Возникновение патохарактерологических реакций в большинстве случаев предшествует развитию начальной стадии патохарактерологического развития.

Патологические реакции при неблагоприятных условиях, фиксируясь и закрепляясь, переходят в патологические черты характера. В дальнейшем отрицательные характерологи-

ческие сдвиги постепенно приводят к тому, что первоначальная реактивная окраска поведения как бы исчезает. Этот этап можно рассматривать как препсихопатическую (по О. В. Кербикову) стадию патологического развития личности.

Несмотря на то что сдвиги характера в начальной стадии патохарактерологического развития обладают определенными возможностями обратимости, эти возможности при этом типе развития значительно меньше, чем при патохарактерологических реакциях, а для их реализации требуется более длительная медико-педагогическая работа. Кроме того, при патохарактерологическом развитии значительно возрастает готовность к возникновению повторных патологических реакций.

Знание детскими психиатрами особенностей перехода патохарактерологических реакций в патологическое развитие личности имеет практическое значение для профилактики становления стойкой патологии личности.

В связи с описанными выше сдвигами характера при возбудимом варианте патохарактерологического развития всегда наблюдается школьная дезапатация. Она начинается с конфликтов с педагогами и учащимися, уходов с уроков и других нарушений дисциплины, к которым вскоре присоединяется снижение успеваемости. В условиях массовой школы это приводит к педагогической запущенности. Часть таких подростков в конечном итоге оказывается за пределами школы. В итоге возникает определенная опасность присоединения к приобретенной патологии характера еще и социальной запущенности, которая в свою очередь способствует заострению и закреплению наметившихся патохарактерологических сдвигов.

Исключительно важным мероприятием в плане коррекционно-воспитательной работы с такими подростками явилось бы создание сети специализированных школ с системой трудового воспитания. Фактически только в таких школах при правильной организации их работы может осуществляться полноценное обучение подростков с возбудимым типом патохарактерологического развития.

В динамике патохарактерологических развитий (как и других форм патологии характера у детей и подростков) особое значение имеет пубертатный период с его соматической и психологической перестройкой.

Именно в этом периоде наиболее велика опасность перехода патохарактерологического развития в стойкую патологию личности. Но, с другой стороны, именно в этом возрастном периоде возможно сглаживание трудностей поведения и имеются условия, способствующие «депсихопатизации».

Несмотря на то что описанные клинические формы патологии поведения у детей и подростков имеют психогенное (в широком смысле) происхождение, их возникновение в значительной мере зависит также от ряда условий, таких как легкая резидуальная церебрально-органическая недостаточность, соматическая ослабленность, биологические сдвиги, свойственные возрастным кризам, прежде всего пубертатному, особенности личности.

Как видно из изложенного выше, перечисленные разновидности пограничных состояний, обуславливающие трудности поведения и нарушения школьной адаптации, а иногда и сопровождающиеся асоциальным поведением у подростков, представляют динамические формы, связанные друг с другом незаметными переходами и нередко трудно разграничимые. Они нуждаются в отграничении, с одной стороны, от психопатии, а с другой стороны, от состояния педагогической и социальной запущенности.

Несмотря на обратимость описанных психогенно обусловленных форм патологии поведения и характера при неблагоприятных условиях среды, их длительном сохранении, а также при наличии внутреннего конфликта возможна трансформация преходящих изменений характера в относительно стойкую патологию личности, утрачивающую какие-либо психологически понятные связи с особенностями психотравмирующих влияний и трудно отличимую или неотличимую к зрелому возрасту от аномальной психопатической личности.

В свете изложенного очевидно, что коррекционно-воспитательные мероприятия, направленные на предупреждение и устранение психогенно обусловленных трудностей поведения

у детей и подростков, имеют важное значение не только для преодоления школьной дезадаптации и недопущения педагогической и социальной запущенности детей и подростков, но и для профилактики стойкой патологии личности.

Е. С. Иванов

АСТЕНИЯ КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН НЕУСПЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ В ШКОЛЕ¹

Среди множества неблагоприятных факторов, являющихся причинами неуспеваемости школьника, важное место занимает утомляемость. Повышенная утомляемость и истощаемость у детей нередко выступают как основной признак астенических состояний.

В подавляющем большинстве случаев астенические состояния в силу ряда причин не распознаются у детей своевременно, родители таких детей не обращаются за помощью к врачам-психиатрам, а особенности поведения детей, обусловленные в действительности болезненным состоянием, расцениваются как недисциплинированность. Анализ причин неуспеваемости детей этой группы проводится неправильно, неуспеваемость рассматривается как неспособность к обучению или как результат интеллектуального недоразвития ребенка, и дети неправильно направляются во вспомогательные школы.

Изучение большой группы неуспевающих детей (более 120 человек), проведенное кафедрой, показало, что у большинства обследованных были астенические явления в различной степени выраженности.

¹ Печатается по изд.: Дети с временными задержками развития/ Под ред. Т. А. Власовой, М. С. Певзнер — М.: Педагогика, 1971. — С. 63–66. В статье рассматриваются вопросы клинического, психологического и педагогического изучения детей с астеническими состояниями, испытывающих большие затруднения в обучении.

К основным нарушениям психической деятельности ребенка при астении должна быть отнесена повышенная утомляемость и истощаемость. При этом особенно страдает функция переключения внимания, отмечается ослабление высших форм памяти, в частности логической, снижение способности к рядообразованию, волевому и психическому напряжению.

У многих детей имелись различные явления вегетативной дисфункции. У одних — только повышенная потливость тела, особенно кистей и стоп, у других — неустойчивость сосудистого тонуса, мраморный цвет кожных покровов, колебания артериального давления, головокружения, у третьих — неустойчивость ритма сердечной деятельности и дыхания, нарушения моторной функции кишечника и др.

При всей сложности этиологических факторов при астении у обследованных детей можно выделить следующие группы астенических состояний:

1. Астенические состояния как следствие перенесенных заболеваний.
2. Астенические состояния как результат текущего заболевания.
3. Астенические состояния, обусловленные наследственно-конституциональными факторами.

В каждой из названных групп можно еще выделить:

- а) астенические состояния как следствие органической дефектности мозга;
- б) астенические состояния как результат функционально-динамических нарушений в центральной нервной системе.

В последнюю группу должны быть включены и астении, связанные с переутомлением ребенка, и все варианты астении, сопровождающие детские невротические реакции. Выделение этих видов астении принципиально важно, так как возникновение, течение, сложное переплетение астенических проявлений с психогенными невротическими симптомами болезни требуют специальных лечебно-коррекционных мероприятий.

У большей части детей повышенная утомляемость и истощаемость во время урока проявляется не в простом выключении, а в двигательном беспокойстве, суетливости. В ряде ха-

рактик из школы наблюдательные педагоги описывают поведение таких детей на уроке следующим образом: «...не может высидеть полностью урока, уже через 10–15 минут не слушает, начинает вертеться, переключает тетради, задевает соседа по парте... на замечания почти не реагирует». Эти особенности астении у детей отличают ее от астении у взрослых (Г. Е. Сухарева) и дают основание для отнесения таких детей в категорию недисциплинированных. Повышенная двигательная активность является, видимо, одной из фаз утомления, так как вслед за двигательным беспокойством у ребенка на какое-то время наступает вялость, сонливость. В этом состоянии ребенок уже абсолютно выключен из урока и на замечания педагога не может реагировать. У части детей фаза вялости, повышенной сонливости наступает, минуя фазу двигательной расторможенности.

Многим детям свойственны частые колебания настроения, легкая эмоциональная ранимость, повышенная впечатлительность. Своеобразно приподнятое настроение часто бывает при двигательной расторможенности и сопровождается шаловливостью, проказливостью, свойственной детям более младшего возраста. Меры дисциплинарного нажима на таких детей могут быть полезными лишь в единичных случаях, на очень короткое время, на начальных этапах и при условии редкого их применения. В общем-то эти меры, в том числе и меры общественного воздействия, применяемые в условиях, когда у ребенка имеются уже хронические школьные неудачи и образовалась система психоконфликтных отношений, чаще усиливают упрямство и могут приводить к появлению примитивных реакций защиты и протеста в разной их форме.

У части детей с астениями наблюдается состояние усталости. Они встают неотдохнувшими, без чувства бодрости, с легкой головной болью. Иногда эти дети жалуются на боли в сердце, нарушения в деятельности желудочно-кишечного тракта, вялость, какое-то общее недомогание, боли в суставах и др. Некоторым из них свойственна легкая ипохондричность, страхи, опасение за свое здоровье, головные боли, нарушение аппетита и сна. Состояния соматического дискомфорта особен-

но часто бывают при астениях у детей с субклинически текущим ревматизмом или хронически протекающими гнойными инфекциями (хронические тонзиллиты, отиты, воспаления придаточных пазух носа, холециститы), а также иногда у детей с постинфекционной астенией.

У детей с астенией при хроническом тонзиллите основная симптоматика носит стертый характер, течение длительное и монотонное. Повышенная психическая ранимость нередко способствует появлению у них нарушений психогенного характера (вторичных по происхождению).

Особое место среди детей, страдающих астеническими состояниями, занимают дети, которые, имея интеллект, примерно соответствующий возрасту, не справляются преимущественно с темпом прохождения программы массовой школы. Среди этих детей есть ученики и с так называемыми западениями или неравномерностью школьных знаний, они не могут освоить счет, письмо и чтение. Эта группа детей входит в состав более обширной группы, объединяемой общим названием: дети с временной задержкой психического развития. Исследование, проведенное на кафедре, показало, что это понятие сборное.

У детей цереброастенической группы наряду с примерно нормальным, соответствующим возрасту ребенка, интеллектом имеются задержки в развитии наиболее поздних и молодых в онтогенетическом отношении сторон психической деятельности. Обычно эти дети в массовой школе становятся неуспевающими учениками. Иногда их необоснованно переводят во вспомогательные школы. При анализе причин школьной неуспеваемости необходимо учитывать патологическую утомляемость и истощаемость, которые являются основными признаками астенических состояний и снижают потенциальные возможности обучения или ведут к неуспеваемости. Детей с астениями целесообразно направлять на различные сроки, в зависимости от их состояния, в санаторные и лесные школы, в которых должен быть специально разработан комплекс лечебно-педагогических оздоровительных мероприятий. Для обучения детей с временными задержками психического развития необходима организация специальных школ.

Астапов В. М., Микадзе Ю. В.
**Психология детей с нарушениями
и отклонениями психического развития:
Хрестоматия.
2-е издание**

Заведующая редакцией (Москва)	<i>Т. Калинина</i>
Руководитель проекта	<i>Е. Паникаровская</i>
Ведущий редактор	<i>Н. Кулагина</i>
Выпускающий редактор	<i>Н. Лукьянова</i>
Корректор	<i>В. Макосий</i>
Верстка	<i>Б. Файзуллин</i>

Подписано в печать 31.10.07. Формат 84х108/32. Усл. п. л. 20,16.

Тираж 3000. Заказ .

ООО «Питер Пресс», 198206, Санкт-Петербург, Петергофское шоссе, 73, лит. А29.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 005-93, том 2;
95 3005 — литература учебная.

Отпечатано с готовых диапозитивов в ГИПК «Лениздат» (типография им. Володарского)
Министерства РФ по делам печати, телерадиовещания и средств массовых коммуникаций.

191023, Санкт-Петербург, наб. р. Фонтанки, 59.